

Nome Cognome:
Data nascita:
Diagnosi:
Data:

Madre Padre

VALUTAZIONE PERCEZIONE DEL PRURITO

Quanto prurito ha avuto vostro figlio/a nell'ultima settimana?



Nessun prurito



Prurito appena accennato; si può evitare il grattamento



Prurito fastidioso; il grattamento è saltuario



Prurito molto fastidioso; il grattamento è costante il riposo è disturbato



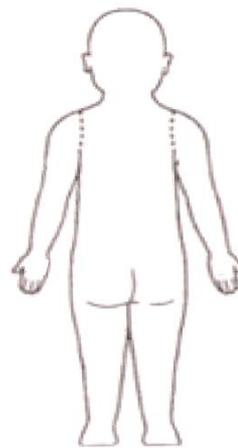
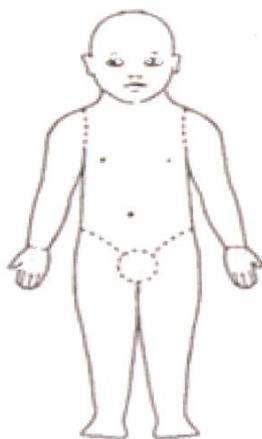
Prurito fortissimo; il grattamento è energico e lascia segni; il riposo è molto disturbato



Prurito intollerabile; il grattamento è violento e procura escoriazioni; il riposo è impossibile

Dove?

Colori le aree del corpo interessate



VALUTAZIONE DEL SONNO

Nell'ultima settimana quanto tempo è trascorso approssimativamente perché vostro/a figlio/a si addormentasse?

0 - 5 min.

15 min. -1 ora

1 - 2 ore

2 o più ore

Infant Dermatitis Quality of Life

Nell'ultima settimana per quanto tempo l'eczema ha influito in media sul sonno di vostro/a figlio/a?

meno di 1 ora

1-2 ore

3-4 ore

5 o più ore

Infant Dermatitis Quality of Life

Durante l'ultima settimana l'eczema del bambino/a ha avuto delle conseguenze sul sonno degli altri membri della famiglia?

per niente

poco

molto

moltissimo

Dermatitis Family Impact Questionnaire