ANNEXE 7. SCORES UTILISÉS DANS L'URTICAIRE CHRONIQUE SPONTANÉE : UAS7, UCT, AAS, CU-Q_2oL, AE-QoL, DLQI

Nom du patient: _____ Date : _____

Score d'activité de l'urticaire : UAS 7				
score				
	0 *nul*	**1** *<10*	**2** *10-50*	**3** *>50*
plaques **Prurit**	*aucun*	*léger*	*modéré*	*sévère*
intensité				

Activité de l'urticaire

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Total
semaine								

Médications pour urticaire

Test de contrôle de l'urticaire

(Urticaria Control test)

Nom et prénom : Date :

Date de naissance :

Instructions : Vous avez de l'urticaire. Les questions suivantes sont destinées à mieux évaluer l'état actuel de votre maladie. Veuillez lire attentivement chaque question, puis choisissez parmi les cinq réponses celle qui vous correspond le mieux. Nous vous prions de vous baser sur les quatre dernières semaines. Ne réfléchissez pas longtemps et répondez à toutes les questions en ne choisissant qu'une seule réponse par question.

1. Dans quelle mesure avez-vous été gêné physiquement **par votre urticaire (démangeaisons, plaques rouges et/ou oedèmes)** durant les 4 dernières semaines ?
   très fortement fortement moyennement peu pas du tout

2. Dans quelle mesure votre **qualité de vie** a-t-elle été altérée par votre urticaire ces 4 dernières semaines ?
   très fortement fortement moyennement peu pas du tout

3. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois **le traitement** de votre urticaire **n'a-t-il pas été suffisant** pour contrôler vos symptômes ?
   très souvent souvent occasionnnellement rarement jamais

4. **Au total,** comment estimez-vous que **votre urticaire a été contrôlée** au cours de ces 4 dernières semaines ?
   pas du tout peu moyennement bien complétement

AAS

(Angioedema Activity Score)

Score d'activité de l'angio-oedème

Nom du malade: _____

Date à laquelle le questionnaire a été complété (JJ/MM/AAAA): ___ ___ _____

Semaine 1:

Instructions: Veuillez indiquer pour chaque jour de la semaine vos symptômes. Tenez compte à chaque fois des dernières 24 heures. Veuillez répondre le plus complètement possible à chaque question

		Jour						
		1	2	3	4	5	6	7
Avez-vous eu un œdème lors des dernières 24 heures?	non							
	oui							
⇩ **Veuillez remplir les lignes suivantes seulement en cas d'oedème au cours des dernières 24 heures !**								
A quel(s) moment(s) de la journée, le ou les oedème(s) ont-ils été présents ? (sélectionner toutes les périodes correspondantes)	0 - 8 heures							
	8 - 16 heures							
	16 - 24 heures							
Quelle est ou était l'intensité de la gêne physique causé par les oedèmes (lié par exemple à la douleur, à des sensations de brulures, à la démangeaison...) ?	aucun							
	léger							
	moyen							
	fort							
Pouvez-vous ou pouviez-vous effectuer vos tâches quotidiennes malgré l'oedème ?	pas de restriction							
	légère restriction							
	forte restriction							
	tâches impossibles							
Sur le plan esthétique, comment évaluez-vous la gêne occasionnée par l'oedème ?	aucune gêne							
	gêne légère							
	gêne moyenne							
	gêne importante							
Dans l'ensemble, comment évaluez-vous la gravité de l'oedème ?	négligeable							
	légère							
	moyenne							
	forte							

Le score AAS doit être réalisé 4 semaines d'affilée.

Nom du patient:_____ Date:_____

L'urticaire chronique :
Questionnaire sur la qualité de vie
(CU-Q_2oL)

À quel point avez-vous été dérangé par les symptômes suivants au cours des 15 derniers jours ?
Faites un «x» ou un «√» à la réponse qui s'applique pour chacun des items suivants.

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1. Démangeaison (prurit)					
2. Plaques rouges					
3. Gonflement des yeux					
4. Gonflement des lèvres					

Au cours des 15 derniers jours, indiquez si l'urticaire vous a limité dans les domaines suivants :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
5. Travail					
6. Activité physique					
7. Sommeil					
8. Loisirs					
9. Relations interpersonnelles					
10. Alimentation					

Les questions suivantes visent à mieux comprendre les difficultés et les problèmes pouvant être liés à l'urticaire durant les 15 derniers jours ?

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
11. Avez-vous de la difficulté à vous endormir ?					
12. Vous réveillez-vous durant la nuit ?					

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
13. Etes-vous fatigué durant la journée parce que vous avez mal dormi la nuit ?					
14. Avez-vous de la difficulté à vous concentrer?					
15. Vous sentez-vous nerveux?					
16. Vous sentez-vous déprimé ?					
17. Devez-vous vous limiter dans le choix des aliments ?					
18. Les rougeurs ou gonflements dues à l'urticaire apparaissant sur votre corps vous gênent-elles ?					
19. Etes-vous gêné de fréquenter des endroits publics ?					
20. Avez-vous des problèmes à utiliser des produits cosmétiques (ex. parfums, crèmes, lotions, bain moussant, maquillage)?					
21. Vous restreignez-vous dans le choix des vêtements ?					
22. L'urticaire limite-t-elle votre participation aux activités sportives?					
23. Les effets secondaires des médicaments employés pour l'urticaire vous dérangent-ils?					

AE-QoL

Questionnaire sur la qualité de la vie des patients qui ont des épisodes d'angiœdèmes récurrents

Nom du patient :_____

Date du questionnaire:_____

Instructions: S'il vous plaît, lire attentivement chaque question et choisir parmi les cinq réponses proposées celle qui convient le mieux pour vous. Ne prenez pas trop de temps pour penser à vos réponses, et assurez-vous de répondre en donnant une seule réponse à chaque question, c.-à-dire cocher une case seulement.

Pour les domaines de votre vie quotidienne énumérés ci-dessous, indiquez à quelle fréquence au cours des 4 dernières semaines vous avez été limité en raison d'épisodes de gonflement, que vous ayez eu ou non des épisodes de gonflement au cours de cette période de temps.	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Travail					
2. Activité physique					
3. Passe-temps/Loisirs					
4. Relations avec les autres					
5. Alimentation					
Pour les questions suivantes, nous désirons avoir plus de détails sur les problèmes et les difficultés qui peuvent être associés à vos épisodes récurrents de gonflement (**Pensez à vos 4 dernières semaines**)	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
6. Avez-vous de la difficulté à vous endormir?					
7. Vous réveillez-vous durant la nuit?					
8. Êtes-vous fatigué durant la journée parce que vous n'avez pas bien dormi?					
					Très

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	souvent
9. Avez-vous des problèmes de concentration?					
10.Vous sentez-vous déprimé?					
11. Est-ce que vous devez vous limiter dans vos choix de boissons ou de nourriture?					
12. Est-ce que vos épisodes de gonflement vous semblent un fardeau?					
13. Avez-vous toujours peur qu'un épisode de gonflement arrive soudainement?					
14. Avez-vous peur que la fréquence des épisodes de gonflement augmente?					
15. Est-ce que vous êtes gêné de fréquenter les endroits publics à cause de vos épisodes de gonflement ?					
16. Est-ce que vos épisodes vous gênent ou vous rendent plus conscient de votre état?					
17. Avez-vous peur que les medicaments que vous prenez pour traiter les épisodes aient des effets negatifs à long terme?					

DLQI – Dermatology Life Quality Index

Au cours des 7 derniers jours :

1. Votre peau vous a-t-elle **démangé(e)**, **fait souffrir** ou **brûlé(e)** ?
   3☐ Enormément 2☐ Beaucoup 1☐ Un peu 0☐ Pas du tout

2. Vous êtes-vous senti(e) **gêné(e)** ou **complexé(e)** par votre problème de peau ?
   3☐ Enormément 2☐ Beaucoup 1☐ Un peu 0☐ Pas du tout

3. Votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) pour **faire des courses**, vous occuper de votre **maison** ou pour **jardiner** ?
   3☐ Enormément 2☐ Beaucoup 1☐ Un peu 0☐ Pas du tout 0☐ Non concerné(e)

4. Votre problème de peau vous a-t-il influencé(e) dans le **choix de vos vêtements** que vous portiez ?
   3☐ Enormément 2☐ Beaucoup 1☐ Un peu 0☐ Pas du tout 0☐ Non concerné(e)

5. Votre problème de peau a-t-il affecté vos **activités avec les autres** ou vos **loisirs** ?
   3☐ Enormément 2☐ Beaucoup 1☐ Un peu 0☐ Pas du tout 0☐ Non concerné(e)

6. Avez-vous eu du mal à faire du **sport** à cause de votre problème de peau ?
   3☐ Enormément 2☐ Beaucoup 1☐ Un peu 0☐ Pas du tout 0☐ Non concerné(e)

7. Votre problème de peau vous a-t-il **complètement** empêché de **travailler** ou **étudier** ?
   3☐ Oui 0☐ Non 0☐ Non concerné(e)

   Si la réponse est « Non » : votre problème de peau vous a-t-il gêné(e) dans votre **travail** ou vos **études** ?
   2☐ Beaucoup 1☐ Un peu 0☐ Pas du tout 0☐ Non concerné(e)

8. Votre problème de peau a-t-il rendu difficile vos relations avec votre **conjoint(e)**, vos **amis** ou votre **famille** ?
   3☐ Enormément 2☐ Beaucoup 1☐ Un peu 0☐ Pas du tout 0☐ Non concerné(e)

9. Votre problème de peau a-t-il rendu votre vie sexuelle difficile ?
   3☐ Enormément 2☐ Beaucoup 1☐ Un peu 0☐ Pas du tout 0☐ Non concerné(e)

10. Le traitement que vous utilisez pour votre peau a-t-il été un problème par exemple en prenant trop de votre temps ou en salissant votre maison ?
    3☐ Enormément 2☐ Beaucoup 1☐ Un peu 0☐ Pas du tout 0☐ Non concerné(e)

Score final DLQI : ..... *(0-30)*