

Score d'activité de l'urticaire — UAS 7

Urticaria Activity Score

Nom et prénom : _____

Date : _____

Date de naissance : _____

Barème de cotation

| | 0 | 1 — Léger | 2 — Modéré | 3 — Sévère |
|---------------------------|----------|-------------------------|--|--|
| Nombre de plaques | Aucune | < 20 plaques / 24 h | 20 - 50 plaques / 24 h | > 50 plaques / 24 h ou grandes zones confluentes |
| Prurit (intensité) | Aucun | Présent mais non gênant | Gênant mais sans retentissement sur les activités quotidiennes ni le sommeil | Sévère, perturbant les activités quotidiennes et/ou le sommeil |

Comment remplir le tableau : chaque jour, notez séparément le score des plaques (0 à 3) et le score du prurit (démangeaisons, 0 à 3) en vous basant sur les dernières 24 heures. Le score journalier est la somme des deux (max 6 pts/jour). En fin de semaine, additionnez les 7 scores journaliers pour obtenir le total de la semaine (max 42 pts).

Relevé hebdomadaire — Activité de l'urticaire

| | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi | Dimanche | Total |
|---------------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|----------|-------|
| Sem. 1 | | | | | | | | |
| Plaques | | | | | | | | |
| Prurit | | | | | | | | |
| Sem. 2 | | | | | | | | |
| Plaques | | | | | | | | |
| Prurit | | | | | | | | |
| Sem. 3 | | | | | | | | |
| Plaques | | | | | | | | |
| Prurit | | | | | | | | |
| Sem. 4 | | | | | | | | |
| Plaques | | | | | | | | |
| Prurit | | | | | | | | |

UAS7 = somme des scores journaliers (plaques + prurit) sur 7 jours consécutifs — max : 42 pts par semaine.

Test de contrôle de l'urticaire (UCT)

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.

Score total : ____ / 16 | Urticaire bien contrôlée si score ≥ 12

Question 1. Dans quelle mesure avez-vous été gêné(e) physiquement par votre urticaire (démangeaisons, plaques rouges et/ou œdèmes) durant les 4 dernières semaines ?

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Très fortement <i>(0 pt)</i> | <input type="checkbox"/> Fortement <i>(1 pt)</i> | <input type="checkbox"/> Moyennement <i>(2 pts)</i> | <input type="checkbox"/> Peu <i>(3 pts)</i> | <input type="checkbox"/> Pas du tout <i>(4 pts)</i> |
|--|---|--|--|--|

Question 2. Dans quelle mesure votre qualité de vie a-t-elle été altérée par votre urticaire ces 4 dernières semaines ?

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Très fortement <i>(0 pt)</i> | <input type="checkbox"/> Fortement <i>(1 pt)</i> | <input type="checkbox"/> Moyennement <i>(2 pts)</i> | <input type="checkbox"/> Peu <i>(3 pts)</i> | <input type="checkbox"/> Pas du tout <i>(4 pts)</i> |
|--|---|--|--|--|

Question 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 ?

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Très souvent <i>(0 pt)</i> | <input type="checkbox"/> Souvent <i>(1 pt)</i> | <input type="checkbox"/> Occasionnellement <i>(2 pts)</i> | <input type="checkbox"/> Rarement <i>(3 pts)</i> | <input type="checkbox"/> Jamais <i>(4 pts)</i> |
|--|---|--|---|---|

Question 4. Au total, comment estimez-vous que votre urticaire a été contrôlée au cours de ces 4 dernières semaines ?

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout <i>(0 pt)</i> | <input type="checkbox"/> Peu <i>(1 pt)</i> | <input type="checkbox"/> Moyennement <i>(2 pts)</i> | <input type="checkbox"/> Bien <i>(3 pts)</i> | <input type="checkbox"/> Complètement <i>(4 pts)</i> |
|---|---|--|---|---|