

ФИО  
пациента

--	--	--

Дата рождения  
пациента

ДД	ММ	ГГГГ
----	----	------

Дата заполнения:

\_\_\_ / \_\_\_ / 2023

## Цифровая оценочная шкала наибольшей интенсивности зуда WI-NRS

По шкале от «0» (зуда нет) до «10» (хуже и представить себе нельзя) оцените наиболее сильную степень интенсивности кожного зуда в течение последних суток.

(Пометьте крестиком только одну цифру)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Зуда  
нет

Зуд такой  
сильный, что и  
представить  
себе нельзя

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_