

### 5D-шкала Elman

<b>1. Длительность:</b>	<b>В течение последних двух недель сколько часов в день Вы испытывали зуд?</b> <6 ч/день      6-12 ч/день      12-18 ч/день      18-23 ч/день      Весь день <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1      2      3      4      5					
<b>2. Интенсивность:</b>	<b>Укажите интенсивность Вашего зуда в течение последних двух недель</b> Нет      Слабый      Умеренный      Сильный      Невыносимый <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1      2      3      4      5					
<b>3. Изменение:</b>	<b>За последние две недели улучшился или ухудшился Ваш зуд по сравнению с предыдущим месяцем?</b> Полностью исчез      Гораздо лучше, но еще есть      Немного лучше, но еще есть      Не изменился      Ухудшился <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1      2      3      4      5					
<b>4. Ограничение качества жизни:</b>	<b>Оцените влияние зуда на следующие виды деятельности в течение последних двух недель</b>					
<i>Сон</i>	Никогда не мешает уснуть	Иногда мешает уснуть	Часто мешает уснуть	Мешает уснуть и иногда будит ночью	Мешает уснуть и часто будит ночью	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5	
<i>Досу/Общение</i>	Не применимо	Никогда не влияет	Редко влияет	Иногда влияет	Часто влияет	Всегда влияет
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	1	2	3	4	5
<i>Домашняя работа/ Обязанности</i>	Не применимо	Никогда не влияет	Редко влияет	Иногда влияет	Часто влияет	Всегда влияет
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	1	2	3	4	5
<i>Работа/Учеба</i>	Не применимо	Никогда не влияет	Редко влияет	Иногда влияет	Часто влияет	Всегда влияет
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	1	2	3	4	5
<b>5. Локализация:</b>	<b>Отметьте наличие зуда в перечисленных частях Вашего тела за последние две недели. Если нужной части тела в списке нет, выберите ближайшую область</b>					
	Голова/волосистая часть головы	Да	Подолшвы	Да		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	Лицо	<input type="checkbox"/>	Ладони	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	Грудь	<input type="checkbox"/>	Тыл кистей/пальцы	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	Живот	<input type="checkbox"/>	Предплечья	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	Спина	<input type="checkbox"/>	Плечи	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	Ягодицы	<input type="checkbox"/>	Места контакта с одеждой (ремнем, поясом)	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	Бедра	<input type="checkbox"/>	Голени	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
	Паховая область	<input type="checkbox"/>	Тыл стопы/пальцы	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Подпись врача: \_\_\_\_\_

5-D itch scale © 2009 The Authors, managed by Wiley

Elman S, Hynan LS, Gabriel V, Mayo MJ. The 5-D itch scale: a new measure of pruritus. Br J Dermatol. 2010 Mar;162(3):587-93

5-D-Itch-Scale - United States/English