**患者问卷——慢性荨麻疹（基线）**

亲爱的患者，

请根据您目前荨麻疹的病情及病情进展回答下列问题，将有助于更好地管理您的疾病。
 在您开始回答问题前请知晓：荨麻疹患者通常伴随风团、血管性水肿或两者兼有，风团和血管性水肿经常容易被混淆。下面是典型的风团和血管性水肿的图片。这些图片将有助于您更准确得回答下列问题。

风团（直径可从针尖大小至数厘米，边界清晰，偶尔呈条纹状，主要特征为瘙痒、发红、短暂，可持续数分钟至数小时的皮损）。



血管性水肿（通常为肤色，大多难以界定，皮肤或粘膜如眼睑、嘴唇、舌、手或脚可疼痛肿胀，可持续数小时）。



亲爱的患者，为确保您得到最好的治疗，我们有义务收集到尽可能多的关于您疾病(荨麻疹)的信息。请认真回答以下所有问题。对于其中某些问题如果您不知道如何作答，请与我们沟通确认。

时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 出生日期\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 您的身高和体重是多少？ 身高\_\_\_\_\_\_\_cm 体重\_\_\_\_\_\_\_Kg
2. 您第一次出现荨麻疹症状的时间是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 您第一次被诊断为荨麻疹的时间是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 是被下列何人诊断的: □皮肤科医生

□变态反应科医生/临床免疫学医生

□家庭医生/全科医生

□其他医生：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 4）您的荨麻疹符合下列哪些情况？（请注明所有可能的情况）

□我的皮肤荨麻疹症状是自发出现的，不是特定刺激诱发的；

□我的皮肤荨麻疹症状可通过特定刺激诱发(如搔抓、压力、寒冷的刺激、剧烈的运动)。我的诱发因素是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

如果您的荨麻疹的皮肤症状是自发的，也是可诱发的，那么这两种症状中哪一种是最主要的？

□自发出现的皮肤症状 出现时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□可诱导的皮肤症状 出现时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□不清楚

5）您曾出现过荨麻疹的哪些皮肤症状？

□风团（直径可从针尖大小至数厘米，边界清晰，偶尔呈条纹状，主要特征为瘙痒、发红、短暂，可持续数分钟至数小时的皮损）。

□血管性水肿（通常为肤色，大多难以界定，皮肤或粘膜如眼睑、嘴唇、舌、手或脚可疼痛肿胀，可持续数小时）。

□两者兼有

6）您的荨麻疹皮肤症状是否瘙痒？ □ 是 □否

如果是，在过去7天内的瘙痒程度：

□没有瘙痒 □轻度瘙痒 □中度瘙痒 □重度瘙痒

（轻度瘙痒=有症状但可以忍受；中度瘙痒=感到难以忍受但不影响日常活动或睡眠；重度瘙痒=无法忍受且干扰日常活动或睡眠）

7）您的荨麻疹症状是灼热感而不是瘙痒吗？□ 是 □否

8）您的荨麻疹会在皮肤上留下痕迹吗？ □ 是 □否

9）如果您有出现过风团，单个风团从开始出现到完全消退通常持续多长时间？

□1小时以内 □1-6小时 □6-12小时

□12-24小时 □24-48小时 □48-72小时 □超过72小时

10）如果您有出现过风团，它们通常有多大？

□直径小于或等于5mm □直径大于5mm

11）如果您有出现过风团，它们通常好发于身体哪些部位？

□ 全身 □某些特定部位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12）如果您有出现过血管性水肿，单个血管性水肿从开始出现到完全消退通常持续多长时间？

□1小时以内 □1-6小时 □6-12小时

□12-24小时 □24-48小时 □48-72小时 □超过72小时

13）如果您有出现过血管性水肿，它们通常好发于身体哪些部位？

□眼睑 □嘴唇 □脸部其他部位 □舌

□咽喉 □手 □足 □外生殖器

□身体其他部位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14）a.如果您有出现风团和血管性水肿，在病程中哪种症状首先出现？

□最初只有风团 □最初只有血管水肿 □这两种症状都是从一开始就出现的

第一种症状出现后，第二种症状是什么时候出现的？

□3个月内 □在4-12个月之后 □超过1年

 b.您的荨麻疹前6周病程中仅仅只出现血管性水肿吗？

□ 是 □否

15）除了风团和血管性水肿，您是否出现过以下症状？

反复不明原因的发热： □ 是 □否

关节、骨骼和/或肌肉疼痛： □ 是 □否

全身反复不适（不安）： □ 是 □否

16）您是否曾因荨麻疹而昏倒、晕倒或气喘吁吁？

□ 是 □否 如果是，已发生过的次数：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17）除了荨麻疹，您还患有其他哪些疾病？

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18）您是否存在情绪问题或精神疾病？（例如抑郁症、焦虑症）

□ 是 □否 如果是，请具体说明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19）您是否患者慢性感染性疾病（如病毒性肝炎）？

□ 是 □否 如果是，具体是哪种疾病？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20）您是否存在肠胃不适的问题？

□ 是 □否 如果是，请具体说明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

21）您是否规律服药？（除治疗荨麻疹药物外）

□ 是 □否 如果是，具体是哪种药物？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

22）在您服用止痛药后，您的荨麻疹症状会更严重吗？

□ 是 □否 如果是，具体是哪种药物？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

23）您的荨麻疹目前在接受药物治疗吗？

□ 是 □否

如果是，具体是哪种药物？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 单次剂量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 服药频次：□每天一次 □每天两次 □每天三次

 □每天四次 □按需服用 □其他\_\_\_\_\_\_\_

 治疗效果：□症状缓解至少90%

□症状有缓解，但少于90%

□症状无明显缓解

 该治疗药物是否出现过副作用

 □ 是 □否 如果是，请具体说明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

24）您的荨麻疹以前接受过不同的药物治疗吗？

□ 是 □否

如果是，

药物1：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 单次剂量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 服药频次：□每天一次 □每天两次 □每天三次

 □每天四次 □按需服用 □其他\_\_\_\_\_\_\_

 治疗效果：□症状缓解至少90%

□症状有缓解，但少于90%

□症状无明显缓解

 该治疗药物是否出现过副作用

 □ 是 □否 如果是，请具体说明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

药物2：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 单次剂量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 服药频次：□每天一次 □每天两次 □每天三次

 □每天四次 □按需服用 □其他\_\_\_\_\_\_\_

 治疗效果：□症状缓解至少90%

□症状有缓解，但少于90%

□症状无明显缓解

 该治疗药物是否出现过副作用

 □ 是 □否 如果是，请具体说明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

其他疗法：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

25）您的荨麻疹是否接受过非药物治疗（例如饮食、自然疗法、针灸）？

□ 是 □否 如果是，请具体说明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

26）您认为最初引起您荨麻疹的原因是什么？

□感染：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□药物：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□食物：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□压力：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□蚊虫叮咬

□其他触发因素：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□我不清楚引起我荨麻疹的原因是什么

27）下列哪种因素会加重您荨麻疹的症状？

□感染：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□药物：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□食物：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□压力：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□蚊虫叮咬

□其他因素：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□我不清楚具体哪种因素会加重我荨麻疹的症状

28）您的荨麻疹自开始以来就有持续的荨麻疹症状吗？

□是，自荨麻疹开始以来，我就有持续的荨麻疹症状

□不是，我已经有较长的一段时间（至少2周）没有荨麻疹症状

29）下列哪一种描述了您月经期间荨麻疹的情况？

□症状有所改善 □症状加重

□症状无明显变化 □此问题不适用于我

30）您是否有一级亲属（父母或自己的孩子）已经有荨麻疹超过6周？

□ 是 □否 □我不清楚

如果是，是哪种情况？ □自发产生症状

 □经诱导产生症状

31）你是否患有过敏、哮喘或特应性皮炎？

□ 是 □否

如果是，是上述中的哪种疾病？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

32）您已经采取了哪些诊断措施来找出您的荨麻疹的病因？结果是什么？

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

33）荨麻疹控制试验

以下问题将帮助我们了解您目前的健康状况，请仔细阅读每一个问题，并从五个选项中选择一个最符合您病情的答案，时间限定在过去的四周内。在作答时请不要过长时间思考，回答完所有问题，并且每个问题只选择一个答案。

1.在过去的四周内，你出现过荨麻疹（瘙痒、风团和/或肿胀）的症状的次数多吗？

□非常多 □多 □稍微有点多 □不多 □一点也不多

2.在过去4周内您的生活质量被荨麻疹影响的程度大吗？

□非常大 □大 □稍微有点多 □不多 □一点也不多

3.在过去4周内，您荨麻疹的治疗不足以控制您的荨麻疹症状的情况多吗？

□非常多 □多 □稍微有点多 □很少 □一点也不多

4.总得来说，在过去的4周内，您的荨麻疹症状控制得如何？

□一点也不好 □不太好 □还可以 □好 □非常好

34）您的睡眠是否受到荨麻疹症状的影响？

□ 是 □否

如果是，在过去7天内，有几天晚上睡眠因荨麻疹受到影响？

□ 没有 □ 1天 □ 2天 □ 3天

□ 4天 □ 5天 □ 6天 □ 7天

35）在过去的12个月内，您是否因为荨麻疹而缺课或没有上班？

□ 是 □否 □我没有上学也没有工作

如果是，在过去的12个月内您缺课或没有上班多少天？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

36）在过去的12个月内，您因荨麻疹咨询过哪些医生？

□无 □家庭医生/全科医生 □皮肤科医生 □儿科医生

□耳鼻喉专科医生 □牙医 □妇科医生 □其他医生：\_\_\_\_

37）在过去的12个月内，您是否曾因荨麻疹去过抢救室？

□ 是 □否

如果是,有多少次？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

38）在过去的12个月内，你是否曾因荨麻疹接受过住院治疗？

□ 是 □否

如果是,多长时间住院一次？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

如果是，总共住院多少天？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

在下列问题中，请您提供关于过去4周的更多信息，这涉及到您的荨麻疹症状(瘙痒、风团和/或血管性水肿)：

39）在过去的4周内，您的荨麻疹症状几乎每天都出现吗？

□ 是 □否

40）在过去的4周内，您平均每周有几天出现荨麻疹症状？

□ 0天 □ 1天 □2天 □ 3天 □ 4天 □5天 □ 6天 □7天

41）在1天时间内您的荨麻疹通常出现在哪个时间段？

□ 早晨 □ 中午 □下午

□ 晚上 □ 夜间 □无特定时间

42）如果您出现过风团：

a.在过去的4周内，您有几天出现过风团？

□ 0天 □ 1-3天 □4-6天 □ 7-13天

□ 14-20天 □21-27天 □ 每天

b.在过去的4周内，您的风团自出现开始通常需要多长时间才能完全消失？

□ <1小时 □ 1-6小时 □ 6-12小时 □ 12-24小时

□24-48小时 □ 48-72小时 □ >72小时

43）如果您出现过血管性水肿：

a.在过去的4周内，您有几天出现过血管性水肿？

□ 0天 □ 1天 □2-3天 □ 4-6天

□ 7-13天 □≥14天

b.在过去的4周内，您的血管性水肿自出现开始通常需要多长时间才能完全消失？

□ <1小时 □ 1-6小时 □ 6-12小时 □ 12-24小时

□24-48小时 □ 48-72小时 □ >72小时