ÜRTİKER AKTİVİTE SKORU

Adı Soyadı: **Tarih:**

Hasta No: **Telefon No:**

Aşağıda yapılan tabloda hastanın, ürtikerin seyri, ürtikeri başlatan veya hafifleten faktörleri takip etmesi sağlanmıştır. Hastanın her gün **1)kaç tane ürtiker plağı oluştuğunu 2) Kaşıntının şiddetini 3) Eşlik eden diğer semptomları 4) Ne zaman ilaç kullandığını belirtmesi gerekmektedir.**

Gün	Tarih	Kabarıklık				Kaşıntı				Allerji hapı			Tetikleyici
		Yok	20'den az	20-50 arası	20'den çok	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Sabah	Öğle	Akşam	Stres, gıda, egzersiz
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													