Convivere con l'Orticaria Cronica (OC)
La mia scheda per la visita

I miei sintomi *(barra tutte le voci che si applicano)*

- ☐ Pomfi (chiazze pruriginose)
- ☐ Gonfiore (labbra, palpebre, mani, piedi)
- ☐ Bruciore o dolore associato ai pomfi
- ☐ Non dormo bene
- ☐ I miei sintomi disturbano le mie attività quotidiane
- ☐ Mi sento ansioso/a o giù di morale
- ☐ Sintomi «d'allarme», come difficoltà respiratorie, gonfiore alla gola o svenimenti
- ☐ Ogni pomfo dura circa _____ ore
- ☐ I miei sintomi vanno e vengono senza un motivo chiaro
- ☐ I miei episodi di orticaria durano da più di 6 settimane

I miei sintomi si manifestano

- ☐ Ogni giorno
- ☐ Alcune volte a settimana
- ☐ Settimanalmente
- ☐ Mensilmente o meno frequentemente

Ho notato che i seguenti fattori scatenano i miei sintomi di orticaria *(barra tutte le voci che si applicano)*

- ☐ Caldo
- ☐ Freddo
- ☐ Pressione
- ☐ Stress
- ☐ Farmaci
- ☐ Infezioni
- ☐ Altro: .....

I miei obiettivi attuali

- ○ Meno pomfi
- ○ Dormire meglio
- ○ Meno prurito
- ○ Meno riacutizzazioni
- ○ Un piano chiaro a lungo termine e la comprensione delle opzioni di trattamento
- ○ Essere più in grado di svolgere le mie attività quotidiane
- ○ Aiuto per la mia ansia o il mio umore basso
- ○ Qualcos'altro: .....

Domande che vorrei discutere

- ☐ **Ho l'orticaria cronica (OC) – e si tratta di orticaria cronica spontanea (OCS) o di un altro tipo di OC?**
- ☐ **Qual è il mio piano di trattamento passo dopo passo?**
  - ○ È possibile modificare il dosaggio del mio antistaminico o di altri farmaci?
  - ○ Quando dovremmo considerare trattamenti avanzati?
  - ○ Quali sono i benefici e i rischi di ciascuna opzione?
  - ○ Quali trattamenti sono disponibili per i miei altri sintomi (ad es. l'ansia)?
- ☐ **Ho bisogno di essere indirizzato a un altro medico (uno specialista)?**
- ☐ **Come posso gestire meglio le riacutizzazioni?**
- ☐ **Ci sono fattori scatenanti che dovrei evitare?**
- ☐ **Cosa dovrei fare se i miei sintomi peggiorano?**
- ☐ **Cosa considera «ben controllata» nel mio caso?**