

(CU-Q2oL)

## Cuestionario de calidad de vida para la urticaria crónica

En los últimos 14 días, ¿cuánto le preocuparon los siguientes síntomas?

	Para nada	Un poco	Bastante	Mucho	Demasiado
1. Picazón					
2. Habones					
3. Hinchazón de ojos					
4. Hinchazón de labios					

Indique con qué frecuencia estuvo limitado por su urticaria en los últimos 14 días en las siguientes áreas de la vida diaria.

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Usualmente	Frecuentemente
5. Trabajo					
6. Actividades físicas					
7. Dormir					
8. Tiempo libre					
9. Relaciones sociales					
10. Comer					

En las siguientes preguntas, nos gustaría saber más sobre las dificultades y problemas que podrían estar relacionados con su urticaria (con respecto a los últimos 14 días).

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Usualmente	Frecuentemente
11. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?					
12. ¿Se despierta por la noche?					
13. ¿Está cansado durante el día porque no durmió bien por la noche?					
14. ¿Tiene dificultades para concentrarse?					
15. ¿Se siente nervioso?					
16. ¿Se siente miserable?					
17. ¿Tiene que limitar sus elecciones de alimentos?					
18. ¿Le molestan las ronchas de urticaria que aparecen en su cuerpo?					
19. ¿Le da vergüenza hacerlo público?					
20. ¿Es un problema para usted usar cosméticos (por ejemplo, perfumes, cremas, lociones, baño de burbujas, maquillaje)?					
21. ¿Tiene que limitar sus opciones de ropa?					
22. ¿Están limitadas sus actividades deportivas debido a sus síntomas?					
23. ¿Sufre efectos secundarios de los medicamentos que toma para la urticaria?					