

## Prueba de control de urticaria (UCT)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Instrucciones:** Usted padece de ronchas con o sin hinchazón (urticaria). Las siguientes preguntas servirán para evaluar la situación actual de su enfermedad. Lea cuidadosamente cada pregunta y seleccione, de las cinco posibles respuestas, la que *mejor describa a usted*. Para tal fin, por favor sólo considere las *últimas 4 semanas*. *No tome demasiado tiempo para contestar las preguntas* y responda a todas las preguntas; recuérdese que solo puede elegir *una respuesta* por pregunta.

1. En las últimas 4 semanas ¿qué tanto ha sufrido debido a las **molestias físicas causadas por la urticaria (comezón, ronchas y/o hinchazón)**?  
O muy fuerte    O fuerte    O medianamente fuerte    O poco    O nada
2. En las últimas 4 semanas ¿Qué tanto se vio afectada su **calidad de vida** a causa de la urticaria?  
O muy fuerte    O fuerte    O medianamente fuerte    O poco    O nada
3. En las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia ha fallado **la terapia** para controlar las molestias generadas por la urticaria?  
O con mucha frecuencia    O frecuentemente    O en ocasiones    O rara vez    O nunca
4. En las últimas 4 semanas ¿Qué tan bien pudo controlar **en general** su urticaria?  
O nada bien    O casi nada bien    O medianamente bien    O bien    O por completo

This document must not be copied or used without the permission of MOXIE GmbH (Co. Ltd.). For scientific or commercial use, or in cases where translation/localization will be carried out, please check the terms and conditions on [www.moxie-gmbh.de](http://www.moxie-gmbh.de).