

Questionnaire : Le prurit associé à l'insuffisance rénale, suis-je concerné ?

1. Souffrez-vous régulièrement de démangeaisons ?
 Oui
 Non
2. Avez-vous des marques de grattage réparties sur différents endroits du corps ?
 Oui
 Non
3. Au cours des dernières 24 heures, sur une échelle de 0 à 10, comment étaient vos pires démangeaisons ? (0 étant pas de démangeaison, et 10 étant la pire démangeaison imaginable) ? Veuillez sélectionner un nombre ci-dessous.

Pires démangeaisons au cours des dernières 24 heures													
Veuillez indiquer l'intensité de vos pires démangeaisons au cours des dernières 24 heures													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Pas de démangeaison												Pires démangeaisons imaginables	

4. A quelle fréquence avez-vous eu l'impression que votre sommeil était agité/perturbé la semaine dernière ?
 Aucune
 1 à 3 nuits
 Plus de 3 nuits

Une fois que vous avez répondu à ce questionnaire, nous vous encourageons à discuter des résultats avec votre néphrologue.

Juckreiz assoziiert mit Niereninsuffizienz - bin ich betroffen?

1. Leiden Sie regelmäßig unter Juckreiz?
 Ja
 Nein
2. Haben Sie Kratzspuren, die über verschiedene Körperstellen verteilt sind?
 Ja
 Nein
3. Wie stark war Ihr Juckreiz in den letzten 24 Stunden auf einer Skala von 0 bis 10 (0 ist kein Juckreiz, und 10 ist der schlimmste vorstellbare Juckreiz)? Bitte wählen Sie unten eine Zahl aus.

Schlimmste Juckreiz in den letzten 24 Stunden													
Bitte geben Sie die Intensität Ihres letzten Juckreizes in den letzten 24 Stunden an													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Kein Juckreiz												Schlimmster vorstellbarer Juckreiz	

4. Wie häufig hatten Sie in der letzten Woche den Eindruck, dass Ihr Schlaf unruhig/gestört war?
 Keine
 1 bis 3 Nächte
 Mehr als 3 Nächte

Sobald Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben, empfehlen wir Ihnen, die Ergebnisse mit Ihrem Nephrologen zu besprechen.