

# Urticaire - Journal Quotidien UAS7

Nom Patient : .....

Cachet du médecin

**Nombre de papules (lésions) / 24 heures**

| Score | 0 (nul) | 1 (léger) | 2 (modéré) | 3 (intense)         |
|-------|---------|-----------|------------|---------------------|
|       | 0       | <20       | 20-50      | >50 ou large plaque |
|       |         |           |            |                     |

**Intensité des démangeaisons (prurit)**

| Score | 0 (nul)                                                            | 1 (léger)                                                             | 2 (modéré)                                 | 3 (intense)                                                                                             |
|-------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       | « Je n'ai jamais ressenti du prurit, cela ne me gêne pas du tout » | « Je l'ai à peine ressenti, cela me démange juste de temps en temps » | « Cela me démange et me dérange vraiment » | « Ces démangeaisons me rendent fou. J'ai envie de m'arracher la peau. Je ne dors pas depuis des jours » |
|       |                                                                    |                                                                       |                                            |                                                                                                         |

| Date  | Jour        | Papules<br>Score de 0 à 3 | Démangeaisons<br>Score de 0 à 3 | Score total | Autres symptômes de la maladie |
|-------|-------------|---------------------------|---------------------------------|-------------|--------------------------------|
| 11/02 | 1           | 2                         | 3                               | 5           |                                |
| 12/02 | 2           | 1                         | 2                               | 3           |                                |
| 13/02 | 3           | 3                         | 3                               | 6           |                                |
| 14/02 | 4           | 2                         | 2                               | 4           |                                |
| 15/02 | 5           | 1                         | 1                               | 2           |                                |
| 16/02 | 6           | 2                         | 2                               | 4           |                                |
| 17/02 | 7           | 2                         | 3                               | 5           |                                |
|       | Score total | 13                        | 16                              | 29          |                                |

Exemple fictif pour illustrer comment remplir ce journal quotidien

| Date | Jour        | Papules<br>Score de 0 à 3 | Démangeaisons<br>Score de 0 à 3 | Score total | Autres symptômes de la maladie |
|------|-------------|---------------------------|---------------------------------|-------------|--------------------------------|
|      | 1           |                           |                                 |             |                                |
|      | 2           |                           |                                 |             |                                |
|      | 3           |                           |                                 |             |                                |
|      | 4           |                           |                                 |             |                                |
|      | 5           |                           |                                 |             |                                |
|      | 6           |                           |                                 |             |                                |
|      | 7           |                           |                                 |             |                                |
|      | Score total |                           |                                 |             |                                |

|  |             |  |  |  |  |
|--|-------------|--|--|--|--|
|  | 1           |  |  |  |  |
|  | 2           |  |  |  |  |
|  | 3           |  |  |  |  |
|  | 4           |  |  |  |  |
|  | 5           |  |  |  |  |
|  | 6           |  |  |  |  |
|  | 7           |  |  |  |  |
|  | Score total |  |  |  |  |

# Urticaire - Journal Quotidien UAS7

| Date | Jour        | Papules<br>Score de 0 à 3 | Démangeaisons<br>Score de 0 à 3 | Score total | Autres symptômes de la maladie |
|------|-------------|---------------------------|---------------------------------|-------------|--------------------------------|
|      | 1           |                           |                                 |             |                                |
|      | 2           |                           |                                 |             |                                |
|      | 3           |                           |                                 |             |                                |
|      | 4           |                           |                                 |             |                                |
|      | 5           |                           |                                 |             |                                |
|      | 6           |                           |                                 |             |                                |
|      | 7           |                           |                                 |             |                                |
|      | Score total |                           |                                 |             |                                |
|      | 1           |                           |                                 |             |                                |
|      | 2           |                           |                                 |             |                                |
|      | 3           |                           |                                 |             |                                |
|      | 4           |                           |                                 |             |                                |
|      | 5           |                           |                                 |             |                                |
|      | 6           |                           |                                 |             |                                |
|      | 7           |                           |                                 |             |                                |
|      | Score total |                           |                                 |             |                                |
|      | 1           |                           |                                 |             |                                |
|      | 2           |                           |                                 |             |                                |
|      | 3           |                           |                                 |             |                                |
|      | 4           |                           |                                 |             |                                |
|      | 5           |                           |                                 |             |                                |
|      | 6           |                           |                                 |             |                                |
|      | 7           |                           |                                 |             |                                |
|      | Score total |                           |                                 |             |                                |
|      | 1           |                           |                                 |             |                                |
|      | 2           |                           |                                 |             |                                |
|      | 3           |                           |                                 |             |                                |
|      | 4           |                           |                                 |             |                                |
|      | 5           |                           |                                 |             |                                |
|      | 6           |                           |                                 |             |                                |
|      | 7           |                           |                                 |             |                                |
|      | Score total |                           |                                 |             |                                |
|      | 1           |                           |                                 |             |                                |
|      | 2           |                           |                                 |             |                                |
|      | 3           |                           |                                 |             |                                |
|      | 4           |                           |                                 |             |                                |
|      | 5           |                           |                                 |             |                                |
|      | 6           |                           |                                 |             |                                |
|      | 7           |                           |                                 |             |                                |
|      | Score total |                           |                                 |             |                                |

**Veillez contacter votre médecin spécialiste si vous n'observez pas d'amélioration satisfaisante après quelques semaines sous traitement**