

Compilare le schede relative agli ultimi **5 pazienti affetti da CSU che ha visitato e che sono in trattamento per la patologia** (a prescindere dal tipo di terapia). La preghiamo di prendere in considerazione i soli pazienti CSU trattati e di non considerare i pazienti che non seguono, oggi, alcuna terapia farmacologica.

IL PAZIENTE

1. Sesso: M F 2. Età: |__|__| 3. Anno comparsa dei primi sintomi: |__|__|__|__|

LA DIAGNOSI

4. Il paziente si è rivolto a Lei subito alla comparsa dei primi sintomi oppure dopo essere andato da altri medici o al pronto soccorso?

- subito alla comparsa dei primi sintomi
- dopo essere andato al pronto soccorso
- dopo essere andato dal MMG
- dopo essersi rivolto ad altro Specialista → specificare quale Specialista _____
- non sa / non ricorda

5. Quali esami/test ha prescritto al paziente quando la prima volta si è presentato da lei con i sintomi? test1 test2 test3 test4 test5 test 6

6. Ricorda quali sono stati i sintomi che il paziente presentava? No Si _____ -

7. La diagnosi di CSU a questo paziente è stata effettuata da Lei o da altro medico? da lei da MMG altro Dermatologo altro Allergologo
 al pronto soccorso altro Specialista → se altro Specialista _____ specificare _____

8. Dopo quanto tempo, dalla comparsa dei primi sintomi, si è arrivati alla diagnosi di CSU? |__|__| mesi / |__|__| anni

9. In questo paziente i sintomi della CSU si ripresentano con una certa frequenza e regolarità oppure no?

- Si presentano frequentemente con una certa regolarità
- Si presentano frequentemente ma senza regolarità
- Non si presentano frequentemente ma hanno una certa regolarità
- Non si presentano frequentemente né hanno regolarità

9.A Ogni quanto si ripresentano i sintomi? _____ open _____

ATTUALE TERAPIA

10. Attuale terapia:

- solo antistaminico H1 antagonista (dosaggio base)
- solo antistaminico H1 antagonista (ad alto dosaggio)
- antistaminico H1 in combinazione con antistaminico H2 antagonista
- antistaminico H1 antagonista in combinazione con antileucotrieni
- antistaminico H1 in combinazione con antistaminico H2 antagonista e antileucotrieni
- corticosteroidi (da soli o in associazione ad altre terapie)
- inibitori sistemici della calcineurina (ciclosporina)
- altro farmaco / altra associazione di farmaci

11. Data inizio trattamento attuale |_|_|_|_| / |_|_|

12.A La terapia seguita dal paziente è ... una terapia cronica una terapia al bisogno (che il paziente assume alla ricomparsa dei sintomi)

12.B Il paziente è refrattario all'attuale terapia farmacologica? Ossia, il paziente continua ad essere sintomatico nonostante l'assunzione della terapia? Sì No

13. In passato il paziente ha seguito altre terapie per la CSU?

- No, nessun'altra terapia in passato (né topiche né sistemiche)
- Sì, ma in passato solo terapie topiche
- Sì, in passato altre terapie sistemiche (orali o iniettive)

Se altre terapie farmacologiche orali o iniettive in passato

14. Quali altre terapie aveva seguito il paziente? Le indichi in base alla sequenza con cui sono state prescritte, riportando anche i motivi per cui si è deciso di interromperla.

	Indicare terapia	Indicare motivi per cui si è deciso di interromperla
1° terapia	<input type="checkbox"/> solo antistaminico H1 antagonista (dosaggio base)	<input type="checkbox"/> tollerabilità <input type="checkbox"/> efficacia non adeguata <input type="checkbox"/> richiesta del paziente <input type="checkbox"/> scarsa compliance <input type="checkbox"/> per migliorare la QoL del paziente <input type="checkbox"/> altro motivo _____
	<input type="checkbox"/> solo antistaminico H1 antagonista (ad alto dosaggio)	
	<input type="checkbox"/> antistaminico H1 in combinazione con antistaminico H2 antagonista	
	<input type="checkbox"/> antistaminico H1 antagonista in combinazione con antileucotrieni	
	<input type="checkbox"/> antistaminico H1 in combinazione con antistaminico H2 antagonista e antileucotrieni	
	<input type="checkbox"/> corticosteroidi (da soli o in associazione ad altre terapie)	
	<input type="checkbox"/> inibitori sistemici della calcineurina (ciclosporina)	
	<input type="checkbox"/> altro farmaco / altra associazione di farmaci	
2° terapia	Indicare terapia	Indicare motivi per cui si è deciso di interromperla
	<input type="checkbox"/> solo antistaminico H1 antagonista (dosaggio base)	<input type="checkbox"/> tollerabilità
	<input type="checkbox"/> solo antistaminico H1 antagonista (ad alto dosaggio)	<input type="checkbox"/> efficacia non adeguata
	<input type="checkbox"/> antistaminico H1 in combinazione con antistaminico H2 antagonista	<input type="checkbox"/> richiesta del paziente

	<input type="checkbox"/> antistaminico H1 antagonista in combinazione con antileucotrieni <input type="checkbox"/> antistaminico H1 in combinazione con antistaminico H2 antagonista e antileucotrieni <input type="checkbox"/> corticosteroidi (da soli o in associazione ad altre terapie) <input type="checkbox"/> inibitori sistemici della calcineurina (ciclosporina) <input type="checkbox"/> altro farmaco / altra associazione di farmaci	<input type="checkbox"/> scarsa compliance <input type="checkbox"/> per migliorare la QoL del paziente <input type="checkbox"/> altro motivo _____
3° terapia	Indicare terapia <input type="checkbox"/> solo antistaminico H1 antagonista (dosaggio base) <input type="checkbox"/> solo antistaminico H1 antagonista (ad alto dosaggio) <input type="checkbox"/> antistaminico H1 in combinazione con antistaminico H2 antagonista <input type="checkbox"/> antistaminico H1 antagonista in combinazione con antileucotrieni <input type="checkbox"/> antistaminico H1 in combinazione con antistaminico H2 antagonista e antileucotrieni <input type="checkbox"/> corticosteroidi (da soli o in associazione ad altre terapie) <input type="checkbox"/> inibitori sistemici della calcineurina (ciclosporina) <input type="checkbox"/> altro farmaco / altra associazione di farmaci	Indicare motivi per cui si è deciso di interromperla <input type="checkbox"/> tollerabilità <input type="checkbox"/> efficacia non adeguata <input type="checkbox"/> richiesta del paziente <input type="checkbox"/> scarsa compliance <input type="checkbox"/> per migliorare la QoL del paziente <input type="checkbox"/> altro motivo _____

Se paziente trattato attualmente & prima terapia seguita dal paziente (dom. 13= NO oppure SI ma in passato solo topiche)

15. Per quale motivo ha deciso di iniziare proprio questa terapia con “attivare item indicati a domanda 10”? _____

Se paziente trattato attualmente & altre terapie farmacologiche in passate (dom. 13=in passato altre terapie f.co orale o iniettivo)

16. Per quale motivo ha poi deciso di iniziare proprio questa terapia con “attivare item indicati a domanda 10”? _____

A TUTTI

17. Ogni quanto tempo visita questo paziente? ogni mese ogni 2/3 mesi ogni 4/5 mesi ogni 6/7 mesi 1 volta all’anno con minor frequenza

18. Se dovesse esprimere una valutazione sul livello di gravità della CSU di cui soffre questo paziente, che valutazione darebbe?

decisamente grave grave abbastanza grave abbastanza lieve lieve decisamente lieve

19. Quali parametri (clinici e non), quali aspetti della patologia ha preso in considerazione per esprimere questa valutazione? Le chiediamo cortesemente di descrivere, brevemente, il razionale che ha seguito per valutare il livello di gravità della malattia _____

20. Questo paziente sarebbe eleggibile al trattamento con il nuovo farmaco di cui le abbiamo mostrato il profilo durante la compilazione del questionario?

Si No → 20.A Per quale motivo? _____

----- FINE PASSARE ALLA COMPILAZIONE DEL DIARIO PER IL SUCCESSIVO PAZIENTE -----