

Шкала зуда 5-D

(Elman S, Hynan LS, Gabriel V, Mayo MJ. The 5-D itch scale: a new measure of pruritus. *Br J Dermatol.* 2010;162(3):587–593. doi:10.1111/j.1365-2133.2009.09586.x)

1. Длительность (Duration):

В течение последних двух недель, на протяжении какого времени у Вас наблюдался зуд?

Менее 6
часов/сут

1

6-12
часов/сут

2

12-18
часов/сут

3

18-23
часа/сут

4

Все сутки

5

2. Уровень (Degree):

Пожалуйста, оцените уровень интенсивности зуда в течение последних 2 недель

Отсутствует

1

Умеренный

2

Средний

3

Выраженный

4

Нестерпимый

5

3. Динамика (Direction):

За последние 2 недели зуд у Вас уменьшился или усилился по сравнению с предыдущим месяцем?

Полностью
исчез

1

Гораздо
меньше, но
все еще
имеется

2

Немного
меньше, но
все еще
имеется

3

Не
изменился

4

Усилился

5

4. Нарушения жизнедеятельности (Disability):

Оцените влияние зуда на Вашу жизнедеятельность на протяжении последних 2 недель

Сон

Никогда не
влияет на
сон

1

Иногда
увеличивает
время
засыпания

2

Часто
увеличивает
время
засыпания

3

Увеличивает
время
засыпания и
иногда
будит
ночью

4

Увеличивает
время
засыпания и
часто будит
ночью

5

Отдых/социальная жизнь

Нет
ответа

Никогда не
влияет

1

Редко
влияет

2

Иногда
влияет

3

Часто
влияет

4

Всегда
влияет

5

Домашние дела/задания

Нет ответа	Никогда не влияет	Редко влияет	Иногда влияет	Часто влияет	Всегда влияет
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Работа/учеба

Нет ответа	Никогда не влияет	Редко влияет	Иногда влияет	Часто влияет	Всегда влияет
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

5. Локализация (Distribution)

Голова/волосистая часть	Да	Подошвы	Да
Лицо	<input type="checkbox"/>	Ладони	<input type="checkbox"/>
Грудь	<input type="checkbox"/>	Кисти/пальцы рук	<input type="checkbox"/>
Живот	<input type="checkbox"/>	Предплечья	<input type="checkbox"/>
Спина	<input type="checkbox"/>	Плечи	<input type="checkbox"/>
Ягодицы	<input type="checkbox"/>	Точки контакта с одеждой (например, ремень, нижнее белье)	<input type="checkbox"/>
Бедра	<input type="checkbox"/>	Паховая область/промежность	<input type="checkbox"/>
Икры/голенки	<input type="checkbox"/>		
Стопа/пальцы ног	<input type="checkbox"/>		