

# 5D-шкала Elman

**Длительность.** В течение последних двух недель сколько часов в день Вы испытывали зуд?

<6 Ч/ДЕНЬ	6/12 Ч/ДЕНЬ	12/18 Ч/ДЕНЬ	12/23 Ч/ДЕНЬ	ВСЬ ДЕНЬ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Интенсивность.** Укажите интенсивность Вашего зуда в течение последних двух месяцев.

1: НЕТ	2: СЛАБЫЙ	3: УМЕРЕННЫЙ	4: СИЛЬНЫЙ	5: НЕВЫНОСИМЫЙ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Изменение.** За последние две недели улучшился или ухудшился Ваш зуд по сравнению с предыдущим месяцем?

1: ПОЛНОСТЬЮ ИСЧЕЗ	2: ГОРАЗДО ЛУЧШЕ, НО ЕЩЕ ЕСТЬ	3: НЕМНОГО ЛУЧШЕ, НО ЕЩЕ ЕСТЬ	4: НЕ ИЗМЕНИЛСЯ	5: УХУДШИЛСЯ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ограничение качества жизни.** Оцените влияние зуда на следующие виды деятельности в течение последних двух недель.

## Сон

1: НИКОГДА НЕ МЕШАЕТ	2: ИНОГДА МЕШАЕТ УСНУТЬ	3: ЧАСТО МЕШАЕТ УСНУТЬ	4: МЕШАЕТ УСНУТЬ И ИНОГДА БУДИТ	5: МЕШАЕТ УСНУТЬ И ЧАСТО БУДИТ НОЧЬЮ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Досуг/общение

1: НЕ ПРИМЕНИМ	2: НИКОГДА НЕ ВЛИЯЕТ	3: РЕДКО ВЛИЯЕТ	4: ИНОГДА ВЛИЯЕТ	5: ЧАСТО ВЛИЯЕТ	6: ВСЕГДА
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Домашняя работа/обязанности

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Работа/учеба

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Локализация.** Отметьте наличие зуда в перечисленных частях Вашего тела за последние две недели. Если нужной части в списке нет, выберите ближайшую область.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Голова/волосистая часть | <input type="checkbox"/> Подошвы                                 |
| <input type="checkbox"/> Лицо                    | <input type="checkbox"/> Ладони                                  |
| <input type="checkbox"/> Грудь                   | <input type="checkbox"/> Тыл кистей/пальцы                       |
| <input type="checkbox"/> Живот                   | <input type="checkbox"/> Предплечья                              |
| <input type="checkbox"/> Спина                   | <input type="checkbox"/> Плечи                                   |
| <input type="checkbox"/> Ягодицы                 | <input type="checkbox"/> Место контакта с одеждой(ремнем/бельем) |
| <input type="checkbox"/> Бедра                   | <input type="checkbox"/> Голени                                  |
| <input type="checkbox"/> Паховая область         | <input type="checkbox"/> Тыл стопы/пальцы                        |