

בדיקת SCORAD ע"י רופא עור או רופא משפחה - 2024

העמותה הישראלית לאטופיק דרמטיטיס מודה לכם על מלוי השאלון:

תאריך: _____ שם הרופא: _____

שם החולה: _____ ת.ז.: _____

טיפול עכשווי: _____

אשפוזים: _____

שטח הפריחה: נא למלא את האחוזים של שטח הפריחה, כל אזור נגוע מתוך 100%		A - Extent of AD (% body surface area affected)		
		מעל 20 חדשים >		מתחת 20 חדשים <
		Front	Back	Front and back
Head and neck	ראש וצוואר	____/100 %	____/100 %	____/100 %
Upper torso	פלג עליון	____/100 %	____/100 %	____/100 %
Lower torso	פלג תחתון	____/100 %	____/100 %	____/100 %
Arm – Right	יד ימין	____/100 %		____/100 %
Arm – Left	יד שמאל	____/100 %		____/100 %
Leg – Right	רגל ימין	____/100 %		____/100 %
Leg - Left	רגל שמאל	____/100 %		____/100 %

B – Intensity 0-3 עוצמת הפריחה

Choose an average lesion (not the best or worst)
לפי אזור ממוצע - סמנו בעיגול

Erythema	אדמומיות	0 1 2 3
Edema/papulation	נפיחות	0 1 2 3
Oozing/crusting	קשקשת והפרשת נוזלים	0 1 2 3
Excoriation (scratch marks)	פצעי גירוד	0 1 2 3
Xerosis (dryness)	יובש	0 1 2 3
Lichenification (thickening)	התעבות	0 1 2 3

C - Subjective Symptoms

הערכה סובייקטיבית של החולה
סמנו בעיגול 0-10 (0- מעולה, 10- גרוע)

(0 - none, 10 worst possible)

Insomnia הפרעת שינה 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pruritus גרד 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

הערות:

חתימה וחותמת הרופא/ה:

תודה על שיתוף הפעולה