

Skale intensywności świądu:

1. Na skali od 0 (brak swędzenia) do 10 (najgorsze wyobrażalne swędzenie), jak określiłby/aby Pan/i przeciętne uczucie swędzenia w przeciągu ostatnich 24 godzin?

Prosimy zaznaczyć tylko jedną liczbę.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Na skali od 0 (brak swędzenia) do 10 (najgorsze wyobrażalne swędzenie), jak określiłby/aby Pan/i najsilniejsze uczucie swędzenia w przeciągu ostatnich 24 godzin?

Prosimy zaznaczyć tylko jedną liczbę.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----