

Lista di controllo per la visita medica

Risponda a queste domande per prepararsi al consulto con il medico e scoprire se i suoi sintomi potrebbero essere causati da una malattia infiammatoria della pelle chiamata acne inversa (idrosadenite suppurativa).

Discuta del risultato con il suo medico di famiglia o con un dermatologo per determinare un trattamento appropriato.

Preparazione:

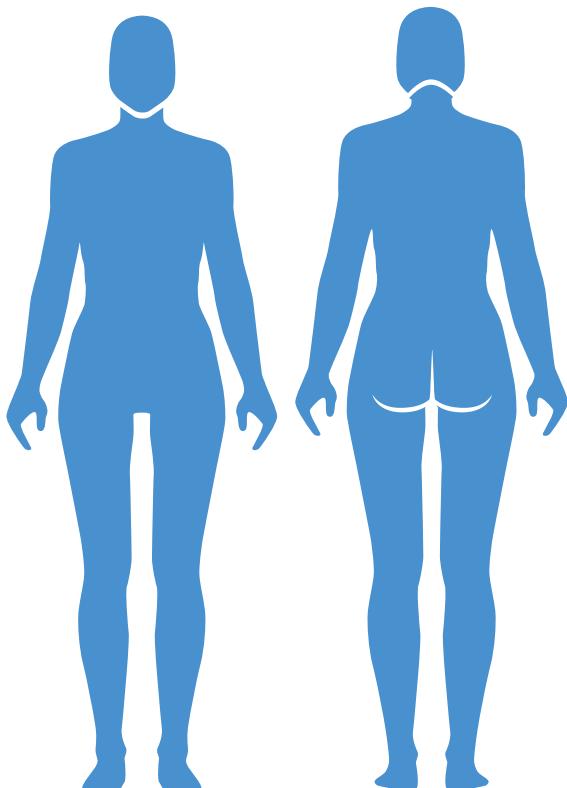
Se possibile, fotografi con il cellulare i suoi sintomi cutanei per mostrarli al dermatologo o al medico di famiglia.

1 Con quale frequenza ha avuto ascessi o noduli infiammatori negli ultimi 6 mesi?

1-2 volte 3-4 volte Più di 5 volte

2 Quando ha notato i sintomi per la prima volta?

3 Contrassegni tutte le aree del corpo in cui si sono verificati ascessi o noduli infiammatori:



4 Quali altri sintomi ha manifestato oltre agli ascessi o ai noduli infiammatori?

Selezioni tutte le risposte pertinenti.

- | | |
|------------------|--|
| Dolore | Gonfiori |
| Prurito | Liquido purulento o con tracce di sangue |
| Odore sgradevole | |

5 Se il dolore rientra nei suoi sintomi, quanto è grave questo dolore?

Selezioni il numero che rappresenta l'entità del dolore.
(0 = nessun dolore, 10 = il peggior dolore immaginabile)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6 In che modo questi ascessi o noduli infiammatori hanno influito sulla sua pelle?

Selezioni tutte le risposte pertinenti.

- Hanno lasciato cicatrici
Hanno formato delle fistole sotto la pelle
(canali da cui fuoriesce del liquido)
Altro:

7 Quali altri medici ha visitato per i suoi sintomi?

Selezioni tutte le risposte pertinenti.

- Medico di famiglia
Dermatologo
Pronto soccorso
Ginecologo
Urologo
Gastroenterologo
Altri:

8 Ha avuto bisogno di un trattamento di emergenza a causa dei sintomi?

Sì No

Se sì, con quale frequenza?

9 Qualcuno della sua famiglia ha o ha avuto sintomi simili?

Sì No

10 Attualmente fuma in modo regolare o lo ha fatto in passato?

Sì No

11 Come sono stati trattati in passato i suoi ascessi o noduli infiammatori?

Selezioni tutte le risposte pertinenti.

Antidolorifici da banco

(paracetamolo, ibuprofene, ecc.)

Creme o pomate da banco (pomata revulsiva, pomata disinfettante, crema al cortisone, ecc.)

Crema o pomata cortisonica o antibiotica

su prescrizione medica

Antibiotici (orali o per via endovenosa)

Interventi chirurgici

Rimedi casalinghi

Nessuna delle precedenti

Altro:

12 È o è stato influenzato dai suoi sintomi nelle attività quotidiane?

Selezioni tutte le risposte pertinenti.

Sonno

Fare il bagno o la doccia

Scelta dell'abbigliamento

Lavoro

Sport

Attività ricreative

Incontri e uscite con la famiglia o gli amici

Relazioni

Sesso

Finanze

Altro:

13 Soffre o ha sofferto dei seguenti problemi di salute?

Selezioni tutte le risposte pertinenti.

Malattia cardiaca

Diabete

Artrite

Depressioni

Ansia

Carcinoma a cellule squamose

Malattia infiammatoria intestinale

(morbo di Crohn o colite ulcerosa)

Sindrome dell'ovaio policistico (PCOS)

Ulteriori note che desidera discutere con il medico: