

# 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:

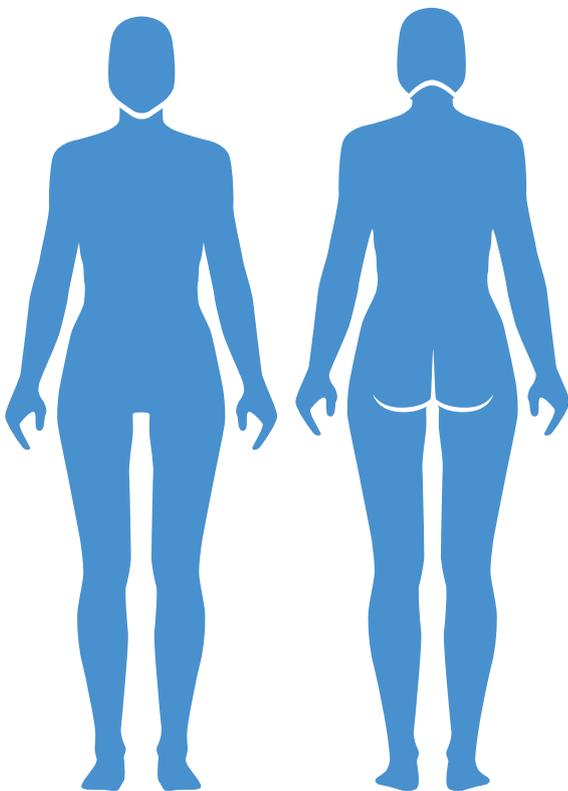
Se possibile, fotografi con il cellulare i suoi sintomi cutanei per mostrarli al dermatologo o al medico di famiglia.

### 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                      Gonfiore  
Prurito                      Liquido purulento o  
Odore sgradevole      con tracce di sangue

### 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:**