

SCORAD

Europäische Experten-Gruppe für Atopische Dermatitis

Patient: Name/Vorname

Geburtsdatum

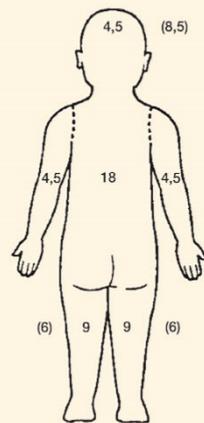
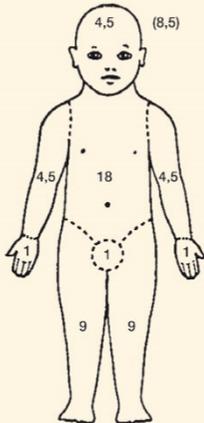
Besuchsdatum

Eingesetztes topisches Steroid

Wirkstoff (Handelsname, Konzentration)

Menge/Monat

Anzahl der Erytheme/Monat



Die Zahlen in Klammern gelten für Kinder unter zwei Jahren.

A: Ausmaß

Bitte geben Sie die Summe der betroffenen Hautareale an.

B: Intensität

Bemessungswerte

Angaben zur Intensität (üblicherweise typische Stellen)

0 = keine 1 = leicht 2 = mäßig 3 = stark

Kriterien Intensität

Kriterien Intensität

Erytheme

Exkoriation

Ödem/Papelbildung

Lichenifikation

Nässen/Krustenbildung

Trockenheit

Die Hauttrockenheit wird an nicht betroffenen Stellen bewertet.

C: Subjektive Symptome

Pruritus und Schlaflosigkeit

SCORAD A/5+7B/2+C

Visuelle Analog-Skala (Durchschnitt für die letzten drei Tage oder Nächte)

0 | 10
Pruritus (0–10)

0 | 10
Schlaflosigkeit (0–10)

Behandlung

Anmerkungen