

# Cuestionario para evaluar el control de la Dermatitis Atópica (ADCT)



Por favor responda las siguientes preguntas acerca de su experiencia con su eccema, también llamado dermatitis atópica.

**1. Durante la última semana, ¿cómo calificaría sus síntomas relacionados con el eccema (por ejemplo: picazón, piel seca, erupción)?**

Ningunos 0	Leves 1	Moderados 2	Severos 3	Muy severos 4
---------------	------------	----------------	--------------	------------------

**2. Durante la última semana, ¿cuántos días tuvo episodios intensos de picazón debido al eccema?**

Ningún día 0	1-2 días 1	3-4 días 2	5-6 días 3	Todos los días 4
-----------------	---------------	---------------	---------------	---------------------

**3. Durante la última semana, ¿cuánto lo ha fastidiado (molestado) su eccema?**

Nada 0	Un poco 1	Moderadamente 2	Mucho 3	Extremadamente 4
-----------	--------------	--------------------	------------	---------------------

**4. Durante la última semana, ¿cuántas noches tuvo problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido debido a su eccema?**

Ninguna noche 0	1-2 noches 1	3-4 noches 2	5-6 noches 3	Todas las noches 4
--------------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------------

**5. Durante la última semana, ¿cuánto ha afectado el eccema a sus actividades diarias?**

Nada 0	Un poco 1	Moderadamente 2	Mucho 3	Extremadamente 4
-----------	--------------	--------------------	------------	---------------------

**6. Durante la última semana, ¿cuánto ha afectado el eccema su estado de ánimo o sus emociones?**

Nada 0	Un poco 1	Moderadamente 2	Mucho 3	Extremadamente 4
-----------	--------------	--------------------	------------	---------------------

**Puntaje final:**

**sanofi**

Referencia: Angles María Valeria et. al. Validation of a Spanish version of the ADCT questionnaire (Atopic Dermatitis Control Tool) for the evaluation of disease control in patients with Atopic Dermatitis. Status as of 04 October 2022; manuscript submitted for publication.

INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES FACULTADOS PARA PRESCRIBIR O DISPENSAR MEDICAMENTOS (y/o MATERIAL DIRIGIDO A PACIENTES. CONSULTE A SU MÉDICO, cuando aplique). Mayor información disponible a petición. Sanofi-Aventis Argentina S.A. – Tucumán 1, Piso 4º, C1049AAA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Tel: (011) 4732-5000 -www.sanofi.com.ar

MAT-AR-2300347 02/2023