

Опросник оценки контроля ринита (RCAT)

ФИО пациента: _____

Дата заполнения: _____

Пожалуйста, отметьте вариант ответа, который лучше всего соответствует вашему состоянию. Запишите балл за каждый пункт в столбце справа.

1. В течение последней НЕДЕЛИ как часто у вас была заложенность носа?

Никогда

Редко

Иногда

Часто

Очень часто

5 ☐

4 ☐

3 ☐

2 ☐

1 ☐

Общий балл:

2. В течение последней НЕДЕЛИ как часто вы чихали?

Никогда

Редко

Иногда

Часто

Очень часто

5 ☐

4 ☐

3 ☐

2 ☐

1 ☐

3. В течение последней НЕДЕЛИ как часто у вас было слезотечение?

Никогда

Редко

Иногда

Часто

Очень часто

5 ☐

4 ☐

3 ☐

2 ☐

1 ☐

4. В течение последней НЕДЕЛИ насколько симптомы со стороны носа или другие аллергические симптомы нарушали ваш сон?

Никогда

Редко

Иногда

Часто

Очень часто

5 ☐

4 ☐

3 ☐

2 ☐

1 ☐

5. В течение последней НЕДЕЛИ как часто вы избегали какой-либо деятельности (например, работы в саду, физических упражнений, посещения дома, где есть собака или кошка) из-за симптомов со стороны носа или других аллергических симптомов?

Никогда

Редко

Иногда

Часто

Очень часто

5 ☐

4 ☐

3 ☐

2 ☐

1 ☐

Чем выше итоговый балл, тем лучше контролируются симптомы со стороны носа и глаз. Оценка менее 21 балла свидетельствует о недостаточном контроле заболевания