

Scheda di autovalutazione Sintomi Vaghi e Aspecifici MUS
(Barrare le risposte con una crocetta)

Paziente: _____ Data rilevazione: _____

	Si	No
Soffre da tempo di stanchezza o affaticamento persistente		
Ha da tempo disturbi del tono dell'umore		
Soffre da tempo di insonnia persistente o di risvegli notturni		
Soffre da tempo di sonnolenza persistente durante la giornata		
Si sente da tempo un soggetto ansioso		
Si sente da tempo un soggetto apatico		
Soffre di attacchi di panico		
Percepisce a riposo alterazioni del battito cardiaco (aritmie o tachicardie)		
Ha notato da tempo modificazioni dell'appetito (fame eccessiva o mancanza d'appetito)		
Soffre di attacchi di fame notturni		
Soffre da tempo di acidità e dolori di stomaco, senso di pienezza, gonfiore dopo i pasti, nausea		
Soffre da tempo di colon irritabile		
Soffre a periodi di stitichezza persistente o alvo alterno		
Ha spesso mani e piedi freddi		
Soffre di alterazione della sudorazione durante il sonno		
Si sveglia spesso di cattivo umore		
Prova di frequente un senso di colpa ingiustificato		
Incontra difficoltà nel provare piacere o sollievo in seguito a fatti positivi		
Ha riscontrato una decisa perdita di peso negli ultimi mesi		

Età: _____ Sesso: _____ Peso: _____ Altezza: _____

Scheda di autovalutazione Sintomi Vaghi e Aspecifici Di-Stress-MUS
(Barrare le risposte con una crocetta)

Paziente: _____ Data rilevazione: _____

	Si	No
Ha da tempo problemi di memoria		
Ha da tempo difficoltà a concentrarsi		
Ha notato una sua scarsa capacità di giudizio		
Vede da tempo tutto negativo		
Ha pensieri che ricorrono costantemente		
È da tempo in uno stato di costante preoccupazione		
Ha da tempo dolori persistenti		
Soffre da tempo di nausea o vertigini		
Ha raffreddori frequenti		
Percepisce da tempo stati di irritabilità o irascibilità		
Percepisce da tempo uno stato di agitazione e/o incapacità di rilassarsi		
Si sente da tempo sopraffatto		
Percepisce da tempo uno stato di solitudine e/o di isolamento		
Percepisce da tempo uno stato di malinconia e/o infelicità generale		
Dorme troppo o troppo poco		
Ha la tendenza a isolarsi dagli altri		
Ha la tendenza a procrastinare o trascurare le responsabilità		
Fa uso da tempo di sigarette, bevande o cibi per rilassarsi		
Ha sviluppato da tempo abitudini nervose (es. mangiarsi le unghie)		

Età: _____ Sesso: _____ Peso: _____ Altezza: _____