

## Scheda di autovalutazione Sintomi Vaghi ed Aspecifici (MUS)

<i>Soffre da tempo di stanchezza o affaticamento persistente ?</i>	<i>Si No</i>
<i>Ha da tempo disturbi del tono dell'umore?</i>	<i>Si No</i>
<i>Soffre di insonnia persistente da tempo o di risvegli notturni?</i>	<i>Si No</i>
<i>Soffre da tempo di sonnolenza persistente durante la giornata?</i>	<i>Si No</i>
<i>Si sente da tempo un soggetto ansioso?</i>	<i>Si No</i>
<i>Si sente da tempo un soggetto apatico?</i>	<i>Si No</i>
<i>Soffre di attacchi di panico?</i>	<i>Si No</i>
<i>Percepisce a riposo aumenti del battito cardiaco?</i>	<i>Si No</i>
<i>Ha notato da tempo modificazioni dell'appetito? (fame eccessiva o inappetenza)</i>	<i>Si No</i>
<i>Soffre di attacchi di fame notturni?</i>	<i>Si No</i>
<i>Soffre da tempo di acidità e dolori di stomaco, senso di pienezza, gonfiore dopo ogni pasto, nausea?</i>	<i>Si No</i>
<i>Soffre da tempo di colon irritabile ?</i>	<i>Si No</i>
<i>Soffre a periodi di stitichezza persistente?</i>	<i>Si No</i>
<i>Ha spesso mani e piedi sempre freddi?</i>	<i>Si No</i>
<i>Soffre di alterazione della sudorazione corporea durante il sonno?</i>	<i>Si No</i>

*Età* \_\_\_\_\_

*Sesso* M F

*Peso* \_\_\_\_\_

*Altezza* \_\_\_\_\_

*\* barrare ogni risposta con una crocetta*