

Paziente _____

Data rilevazione: _____

Scheda di autovalutazione Sintomi Vaghi ed Aspecifici (MUS)

-Barrare le risposte con una crocetta-

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

Età _____ Sesso M F Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____

Scheda di autovalutazione della condizione di Distress – MUS

-Barrare le risposte con una crocetta-

Cognitivo

- | | | |
|---|----|----|
| Ha da tempo problemi di memoria? | Si | No |
| Ha da tempo difficoltà a concentrarsi? | Si | No |
| Ha notato una sua scarsa capacità di giudizio? | Si | No |
| Vede da tempo tutto negativo? | Si | No |
| Ha pensieri che ricorrono costantemente? | Si | No |
| È da tempo in uno stato di costante preoccupazione? | Si | No |

Fisico

- | | | |
|--|----|----|
| Ha da tempo dolori persistenti? | Si | No |
| Soffre da tempo di nausea o vertigini? | Si | No |
| Ha raffreddori frequenti? | Si | No |

Emotivo

- | | | |
|---|----|----|
| Percepisce da tempo stati di irritabilità o irascibilità? | Si | No |
| Percepisce da tempo uno stato di agitazione e/o incapacità di rilassarsi? | Si | No |
| Si sente da tempo sopraffatto? | Si | No |
| Percepisce da tempo uno stato di solitudine e/o di isolamento? | Si | No |
| Percepisce da tempo uno stato di malinconia e/o infelicità generale? | Si | No |

Comportamentale

- | | | |
|---|----|----|
| Dorme troppo o troppo poco? | Si | No |
| Ha la tendenza a isolarsi dagli altri? | Si | No |
| Ha la tendenza a procrastinare o trascurare le responsabilità? | Si | No |
| Fa uso da tempo di sigarette, bevande o cibi per rilassarsi? | Si | No |
| Ha sviluppato da tempo abitudini nervose (es. mangiarsi le unghie)? | Si | No |