

NEL CORSO DELL'ULTIMO MESE QUALI DISTURBI HA AVUTO?

ISTRUZIONI: La preghiamo di rispondere a tutte le domande del questionario facendo una crocetta nella casella che meglio descrive la sua situazione. Le informazioni riportate verranno tenute strettamente riservate.

	UN PO'	MOLTO	MOLTISSIMO
DOLORE			
MAL DI TESTA			
PROBLEMI NEL DORMIRE/INSONNIA			
SONNOLENZA			
VERTIGINI			
TREMORI			
CONFUSIONE			
SENSAZIONE DI DEBOLEZZA/STANCHEZZA			
MANCANZA DI APPETITO			
BOCCA ASCIUTTA			
DIFFICOLTA' AD INGIOTTIRE			
NAUSEA			
VOMITO			
DOLORE DI STOMACO			
DIFFICOLTA' A DIGERIRE			
DIARREA			
STITICHEZZA			
SINGHIOZZO			
TOSSE			
DIFFICOLTA' A RESPIRARE			
SUDORAZIONE			
PRURITO			
ALTRO (specificare.....)			
ALTRO (specificare.....)			

SI E' SENTITO TRISTE O DEPRESSO			
SI E' SENTITO ANSIOSO O SPAVENTATO			
SI E' SENTITO NERVOSO, IRREQUIETO O IRRITABILE			
SI E' SENTITO INSICURO			

Data di compilazione

Cognome e Nome