

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 alterazioni 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: _____ Peso: _____ Altezza: _____