Scheda di autovalutazione Sintomi vaghi ed aspecifici

	*
Soffre da tempo di stanchezza o affaticamento persistente non alleviati dal sonno?	***Si No***
Ha da tempo disturbi del tono dell'umore?	***Si No***
Ha spesso mani e piedi sempre freddi?	***Si No***
Soffre di insonnia o sonnolenza persistente da tempo?	***Si No***
Si sente da tempo un soggetto ansioso, apatico?	***Si No***
Ha notato da tempo modificazioni dell'appetito? (fame eccessiva o inappetenza)	***Si No***
Soffre da tempo di acidità e dolori di stomaco, senso di pienezza, gonfiore dopo ogni pasto, nausea?	***Si No***
Soffre a periodi di stitichezza persistente?	***Si No***
Soffre da tempo di colon irritabile?	***Si No***
Suda con difficoltà quando fa del movimento?	***Si No***
Ha notato una diminuzione da tempo del desiderio sessuale?	***Si No***

Età_____ ***Sesso* M F** ***Peso_____*** ***Altezza_____***

** barrare ogni risposta con una crocetta*