QUESTIONARIO DEL PAZIENTE

NOME:_____ **ETÀ:** _____

SESSO: ❑ Maschio ❑ Femmina **DATA DI OGGI:** _____

Istruzioni: Questo questionario ti aiuta a capire se hai dei problemi. È possibile che il medico debba farti altre domande. Abbi cura di mettere una crocetta per ogni casella. Le informazioni vengono custodite dal medico e rimangono strettamente confidenzali.

Durante il **MESE SCORSO** hai sofferto **MOLTO** di...

	SÌ	NO
1. mal di stomaco	❑	❑
2. mal di schiena	❑	❑
3. dolori alle gambe, braccia, o alle giunture (ginocchia, anche ecc.)	❑	❑
4. dolori o disturbi mestruali	❑	❑
5. dolori o problemi durante il rapporto sessuale	❑	❑
6. mal di testa	❑	❑
7. dolori al petto	❑	❑
8. capogiri	❑	❑
9. svenimenti	❑	❑
10. palpitazione cuore in gola	❑	❑
11. affanno	❑	❑
12. stitichezza o diarrea	❑	❑
13. nausea, gas o indigestione	❑	❑
14. stanchezza o poca energia	❑	❑
15. non riuscire a dormire	❑	❑
16. mangiare senza controllo	❑	❑
17. scarso interesse o piacere nel fare le cose	❑	❑
18. giù di morale, depresso o disperato	❑	❑
19. nervoso, in ansia o teso	❑	❑
20. preoccupato per vari motivi	❑	❑

Durante il **MESE SCORSO**...

	SÌ	NO
21. hai avuto attacco d'ansia (paura o panico improvviso)	❑	❑
22. credi che dovresti bere meno bevande alcoliche	❑	❑
23. qualcuno si è lamentato perchè bevi	❑	❑
24. ti senti in colpa o turbato/a perchè bevi	❑	❑
25. ci sono stati dei giorni in cui hai bevuto più di cinque bicchieri di birra, vino o liquori?	❑	❑

Per quanto riguarda la salute pensi di stare:

- Eccelente ❑
- Molto bene ❑
- Bene ❑
- Discretamente ❑
- Male ❑