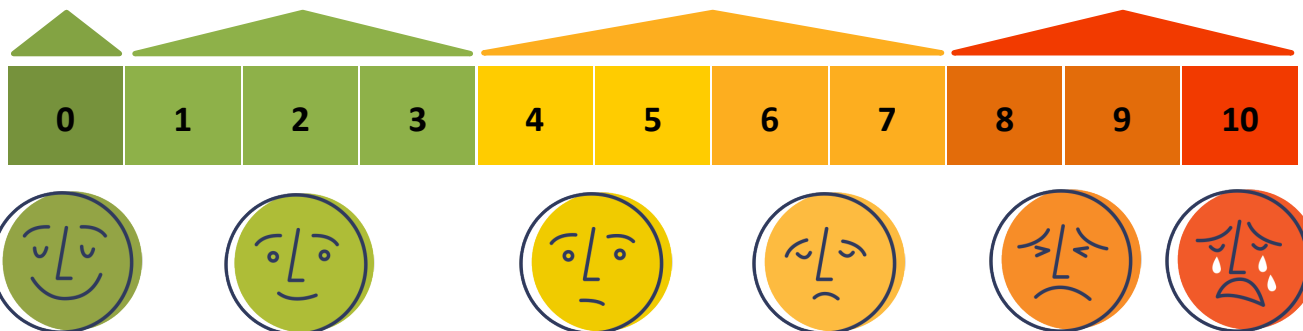


UPI:
 Фамилия:
 Имя:
 Дата рождения:

Шкала оценивания симптомов

Используйте эту форму для того, чтобы сообщить нам о симптомах, которые Вас беспокоят, тревожат или расстраивают. Эта информация поможет нам удовлетворить Ваши потребности.

Отсутствуют Слабо выраженные Умеренные Сильно выраженные



1. В первой строке укажите день или дату.
2. Воспользовавшись указанной выше шкалой, выберите число от 0 до 10, которое означает, насколько Вы взволнованы, встревожены или расстроены.
3. Вы можете добавить остальные симптомы в пустом пространстве в нижней части списка.

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| День или дата | | | | | | | | | | |
| Проблемы со сном | | | | | | | | | | |
| Проблемы с аппетитом | | | | | | | | | | |
| Тошнота | | | | | | | | | | |
| Проблемы с кишечником | | | | | | | | | | |
| Проблемы с дыханием | | | | | | | | | | |
| Общая слабость | | | | | | | | | | |
| Боль | | | | | | | | | | |
| Другое | | | | | | | | | | |