

Nome do paciente: _____ Data: _____

AVALIE CADA UM DOS SINTOMAS A SEGUIR COM BASE NA SUA SAÚDE NOS ÚLTIMOS 14 DIAS.

PONTUAÇÃO:

- 0 – *Nunca ou quase nunca* apresento o sintoma
- 1 – Apresento o sintoma *às vezes*, o efeito *não é grave*
- 2 – Apresento o sintoma *às vezes*, o efeito *é grave*
- 3 – Apresento o sintoma *frequentemente*, o efeito *não é grave*
- 4 – Apresento o sintoma *frequentemente*, o efeito *é grave*

CABEÇA

- Dor de cabeça
 - Tontura
 - Fraqueza
 - Insônia
- Total:** _____

OLHOS

- Olhos lacrimejantes ou coceira na região
 - Pálpebras inchadas, avermelhadas ou grudadas
 - Olheiras ou bolsas sob os olhos
 - Visão embaçada ou tubular (*Não relacionado a miopia ou hipermetropia*)
- Total:** _____

OUVIDOS

- Coceira nos ouvidos
 - Dores ou infecções nos ouvidos
 - Secreção dos ouvidos
 - Zumbido ou perda auditiva
- Total:** _____

NARIZ

- Nariz entupido
 - Problemas nos seios paranasais
 - Rinite alérgica
 - Crises de espirros
 - Formação excessiva de muco
- Total:** _____

BOCA/GARGANTA

- Tosse crônica
 - Engasgos ou pigarros frequentes
 - Dor de garganta, rouquidão, perda da voz
 - Inchaço ou descoloração na língua, nas gengivas ou nos lábios
 - Aftas
- Total:** _____

PELE

- Acne
 - Urticária, erupções, ressecamento
 - Queda de cabelo
 - Rubor, ondas de calor
 - Suor excessivo
- Total:** _____

CORAÇÃO

- Batimentos cardíacos irregulares ou extrassístoles
 - Batimentos acelerados ou intensos
 - Dor no peito
- Total:** _____

QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS MÉDICOS (QSM)

PULMÕES

- Congestão no peito
- Asma, bronquite
- Respiração ofegante
- Dificuldade para respirar

Total: _____

TRATO DIGESTIVO

- Náusea, vômito
- Diarreia
- Prisão de ventre
- Sensação de inchaço
- Arrotos, gases
- Azia
- Dor intestinal/estomacal

Total: _____

ARTICULAÇÕES/MÚSCULOS

- Dor ou desconforto articular
- Artrite
- Rigidez ou limitação de movimento
- Dor ou desconforto muscular
- Sensação de fraqueza ou cansaço

Total: _____

PESO

- Comer ou beber em excesso
- Desejo intenso por certos alimentos
- Excesso de peso
- Compulsão alimentar
- Retenção de líquidos
- Peso abaixo do ideal

Total: _____

ENERGIA/ATIVIDADE

- Fadiga, lentidão
- Apatia, letargia
- Hiperatividade
- Agitação

Total: _____

MENTE

- Falta de memória
- Confusão, dificuldade de compreensão
- Dificuldade de concentração
- Coordenação física prejudicada
- Dificuldade para tomar decisões
- Gagueira
- Fala arrastada
- Déficit de aprendizagem

Total: _____

EMOÇÕES

- Oscilações no humor
- Ansiedade, medo, nervosismo
- Raiva, irritabilidade, agressividade
- Depressão

Total: _____

OUTROS

- Doenças frequentes
- Vontade de urinar com frequência ou súbita
- Coceira ou secreção nos órgãos genitais

Total: _____

Total geral: _____