

“SHE SCALE”

Le è capitato di soffrire di uno o più dei seguenti sintomi/disturbi nell'ultimo mese e, in caso positivo, con che gravità, intensità, forza si è manifestato il sintomo/disturbo?

Barrare la casella corrispondente a ciascun sintomo. Nel caso di sintomi/disturbi non applicabili a Lei personalmente, ad esempio nel caso in cui lei non abbia ciclo mestruale, non rispondere “Si” o “No” (non barrare queste caselle), ma barrare la casella ‘NM’. (No Mestruazioni) Barrare una casella per ciascuna riga.

Sintomo o disturbo	code	Ha sofferto di questo sintomo/disturbo (Si) o no / mai (=No=)?		Se sì, con che gravità, intensità, forza?			
		0	1	2	3	4	5
				<input type="checkbox"/> debole	<input type="checkbox"/> moderato	<input type="checkbox"/> grave	<input type="checkbox"/> molto grave
1. Stati depressivi (sentirsi giù, tristi, sull'orlo delle lacrime, di umore instabile)		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Senso di preoccupazione (ansia, sentirsi presa di panico)		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Irrequietezza o irritabilità (nervosismo, insofferenza, tensione interna, farsi facilmente sconvolgere anche da piccole cose)		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Aumento di appetito, in alcuni casi avere delle “voglie”		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aumento di peso		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gonfiore agli arti (braccia, gambe)		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dolori addominali , gastrici		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Crampi intestinali o alla vescica		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Perdite ematiche cicliche nelle feci o nelle urine		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ciclo mestruale abbondante	NM <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ciclo mestruale doloroso	NM <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Disturbi premenstruali importanti che si alleviano con l'inizio del ciclo	NM <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fantasie sessuali/pensieri meno frequenti		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Rapporti sessuali meno appaganti/soddisfacenti		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Scarsa eccitazione sessuale		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grazie per la sua gentile collaborazione