

FORMULÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS

NOME: _____

DATA: _____ **IDADE:** _____ **MÉDICO** _____

I) Marque com um (X) se você sentiu algum destes sintomas nas ÚLTIMAS 24 horas

- Mãos e pés frios
- Boca seca
- Aumento de sudorese
- Tensão muscular
- Aperto da mandíbula / ranger os dentes
- Diarréia passageira
- Insônia
- Taquicardia
- Mudança de apetite
- Aumento súbito de motivação
- Entusiasmo súbito
- Vontade súbita de iniciar novos projetos

II) Marque com um (X) se você sentiu algum destes sintomas na ÚLTIMA SEMANA

- Problemas de memória / esquecimentos
- Mal-estar, sem causa específica
- Formigamento das extremidades
- Sensação de desgaste físico
- Mudança de apetite
- Aparecimento de problemas de pele
- Pressão alta
- Cansaço constante
- Tontura / sensação de estar flutuando
- Sensibilidade excessiva
- Dúvida quanto a si próprio
- Pensar constantemente em um só assunto
- Irritabilidade excessiva
- Diminuição da libido

III) Marque com um (X) se você sentiu algum destes sintomas no ÚLTIMO MÊS

- Diarréia freqüente
- Dificuldades sexuais
- Insônia
- Náuseas
- Tiques nervosos
- Pressão alta continuada
- Problemas dermatológicos
- Mudança extrema de apetite
- Excesso de gases
- Tontura freqüente
- Impossibilidade de trabalhar
- Pesadelos
- Sensação de incompetência em todas as áreas
- Vontade de fugir de tudo
- Apatia, depressão ou raiva prolongada
- Cansaço excessivo
- Pensar / falar constantemente em um só assunto
- Irritabilidade sem causa aparente
- Angústia / Ansiedade diária
- Hipersensibilidade emotiva
- Perda do senso de humor