

## COMO ME COSTUMO SENTIR FISICAMENTE

Abaixo encontra um conjunto de sintomas que muitas pessoas sentem com frequência na sua vida do dia-a-dia. Assinale a **frequência** e a **intensidade** com que esses sintomas o afectam de acordo com a escala que apresentamos de seguida:

### Valor de Frequência

- 5 Ocorre *diariamente*
- 4 Ocorre *várias vezes por semana*
- 3 Ocorre cerca de *uma vez por semana*
- 2 Ocorre cerca de *uma vez por mês*
- 1 Ocorre *menos de uma vez por mês*
- 0 *Nunca ocorre*

### Valor de Intensidade

- 4 É *extremamente incómodo* quando ocorre
- 3 *Muito incómodo* quando ocorre
- 2 *Moderadamente incómodo* quando ocorre
- 1 *Ligeiramente incómodo* quando ocorre
- 0 *Não é problema*

	Valor de Frequência	Valor de Intensidade
1-Dor de Cabeça		
2-Dor nas Costas		
3-Dores no Estômago		
4-Insónia		
5-Fadiga		
6-Depressão		
7-Enjoo		
8-Tensão Geral		
9-Palpitações Cardíacas		
10-Dores nos Olhos associadas à Leitura		
11-Diarreia ou prisão de ventre		
12-Tonturas		
13-Fraqueza		
14- Dores musculares		
15- Dores de Garganta		
16- Tosse		
17- Alergias		
18- Acne ou Borbulhas		
19- Nariz Tapado		

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**