MODULO 1
QUESTIONARIO "SENSIBILIZZAZIONE CENTRALE A"

Cerchiare la risposta più appropriata posta alla destra di ciascuna affermazione.

1	Al risveglio mi sento stanco e non rigenerato	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
2	Mi sento i muscoli rigidi e indolenziti	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
3	Soffro di attacchi d'ansia	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
4	Digrigno o serro i denti	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
5	Soffro di diarrea e/o stitichezza	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
6	Ho bisogno di aiuto per svolgere le mie attività quotidiane	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
7	Sono sensibile alla luce intensa	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
8	L'attività fisica mi stanca molto facilmente	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
9	Ho dolori in tutto il corpo	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
10	Soffro di mal di testa	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
11	Sento fastidio alla vescica e/o bruciore, quando urino	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
12	Non dormo bene	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
13	Ho difficoltà a concentrarmi	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
14	Ho problemi cutanei, quali secchezza, prurito o eruzioni cutanee	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
15	Lo stress peggiora i miei sintomi fisici	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
16	Mi sento triste o depressa/o	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
17	Ho poca energia	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
18	Ho tensione muscolare al collo e alle spalle	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
19	Ho dolore alla mandibola/mascella	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
20	Certi odori, quali i profumi, mi provocano vertigini e nausea	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
21	Ho spesso bisogno di urinare	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
22	Quando la notte cerco di addormentarmi, provo fastidio alle gambe e sento il bisogno di muoverle in modo irrequieto	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
23	Ho difficoltà a ricordare le cose	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
24	Ho subito un trauma da bambina/o	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre
25	Ho dolore nella regione pelvica	Mai	Raramente	Ogni tanto	Spesso	Sempre

Assegna un punteggio da 0 (Mai) a 4 (Sempre), esegui la somma dei valori ottenuti: _____

MODULO 1
QUESTIONARIO “SENSIBILIZZAZIONE CENTRALE B”

Barrare la casella corrispondente posta alla destra di ciascuna diagnosi e indicarne l'anno.

		NO	SÌ	Anno della diagnosi
1	Sindrome delle gambe senza riposo (RLS)			
2	Sindrome da stanchezza cronica			
3	Fibromialgia			
4	Disordini temporo-mandibolari (TMJ)			
5	Emicrania o cefalea/mal di testa tensivo			
6	Sindrome del colon irritabile			
7	Sensibilità chimica multipla			
8	Lesioni cervicali (incluso il colpo di frusta)			
9	Attacchi di ansia o di panico			
10	Depressione			

Data _____

Un punteggio superiore a 40 ottenuto nel precedente questionario, “A” associato alla presenza di patologie elencate nella sezione “B” suggerisce un coinvolgimento dei **sistemi neurologici ed emotivi di percezione e rielaborazione dolorosa.**
Tale situazione non esclude assolutamente il fatto che **il mio corso** possa esserti utile a comprendere meglio la ragione dei tuoi sintomi facciali ma probabilmente **non sarà sufficiente per la gestione** degli stessi.