

DATA:		Określ, w jakim stopniu którykolwiek z poniższych objawów obecnie Cię niepokoi, zaznaczając odpowiednie pole:				
SYMPTOMY	CZĘSTOTLIWOŚĆ	WCALE	TROSKĘ	DOŚĆ MOCNO	BARDZO	NOTATKI
KOŁATANIE SERCA						
ZMIANY NASTROJU						
TRUDNOŚCI ZE SNEM						
PROBLEMY Z PAMIĘCIĄ						
ATAKI LĘKU/PANIKI						
TRUDNOŚCI Z KONCENTRACJĄ						
BRAK ENERGII/ZMĘCZENIE						
BRAK MOTYWACJI						
PRZYGNĘBIENIE						
PŁACZLIWOŚĆ						
ZAMROŻONY BARK						
ZAWROTY GŁOWY/OMDLENIA						
DRAŻLIWOŚĆ						
BÓLE GŁOWY						
SZUMY W USZACH						
BÓLE STAWOW I MIĘŚNI						
MROWIENIE W RÓŻNYCH CZĘŚCIACH CIAŁA						
TRUDNOŚCI Z ODDYCHANIEM						
UDERZENIA GORĄCA						
NOCNE POTY						
BRAK LIBIDO						
NIETRZYMANIE MOCZU						
SUCHOŚĆ POCHWY						
LĘK SPOŁECZNY						