

COMPILARE IL QUESTIONARIO ASSEGNANDO
UN VALORE DA 0 A 4:

Per niente	0
Poco	1
Moderatamente	2
Parecchio	3
Estremamente	4

Nell'ultimo mese, quanto è stato disturbato/a da:

- a Mal di testa 0 1 2 3 4
- b Perdita di interesse o di piacere sessuale 0 1 2 3 4
- c Debolezza o capogiri 0 1 2 3 4
- d Dolore al cuore o al petto 0 1 2 3 4
- e Sentirsi giù o con poche energie 0 1 2 3 4
- f Pensieri di morte o di morire 0 1 2 3 4
- g Poco appetito 0 1 2 3 4
- h Facilità al pianto 0 1 2 3 4
- i Rimproverarsi qualcosa 0 1 2 3 4
- j Dolori nella parte inferiore della schiena 0 1 2 3 4
- k Senso di solitudine 0 1 2 3 4
- l Senso di malinconia 0 1 2 3 4
- m Eccessiva preoccupazione per le cose 0 1 2 3 4
- n Perdita di interesse per le cose 0 1 2 3 4
- o Nausea o indisposizione di stomaco 0 1 2 3 4
- p Dolenza ai muscoli 0 1 2 3 4
- q Difficoltà nell'addormentarsi 0 1 2 3 4
- r Difficoltà nel respirare 0 1 2 3 4
- s Vampate di caldo o brividi di freddo 0 1 2 3 4
- t Intorpidimento o formicolio in parti del corpo 0 1 2 3 4
- u Senso di nodo in gola (senso di bolo) 0 1 2 3 4
- v Perdita di speranza nel futuro 0 1 2 3 4
- w Senso di debolezza in parti del corpo 0 1 2 3 4
- x Senso di pesantezza alle braccia e alle gambe 0 1 2 3 4
- y Pensare di mettere fine alla propria vita 0 1 2 3 4

- z Eccessi nel mangiare 0 1 2 3 4
- aa Svegliarsi presto la mattina 0 1 2 3 4
- bb Sonno disturbato o poco riposante 0 1 2 3 4
- cc Sentire che ogni cosa è uno sforzo 0 1 2 3 4
- dd Sentirsi inutile 0 1 2 3 4
- ee Sentirsi in trappola 0 1 2 3 4
- ff Sensi di colpa 0 1 2 3 4
- gg Sentirsi senza speranze per il futuro 0 1 2 3 4