


Symptom Journal



Diario Guidato di 30 Giorni



Ibrido

Creato con LoomJournals

Come Usare Questo Diario

Benvenuto nel tuo diario! Ecco alcuni consigli per sfruttarlo al meglio:

1 Dedica qualche minuto ogni giorno alla scrittura

2 Sii onesto e scrivi liberamente senza giudicarti

3 Cerca di scrivere alla stessa ora ogni giorno per creare un'abitudine

4 Rileggi le tue annotazioni settimanalmente per notare gli schemi

-
- Fill in the top tracker section each day — rate your pain, severity, mood, energy, sleep quality, and stress on a 1-10 scale, and check off if you took medication
 - In the Symptom Details section, describe what you felt: the type of sensation, location, when it started, and how long it lasted
 - Use Triggers & Context to note what you were doing, eating, or experiencing before symptoms appeared
 - Log your medications, doses, and what helped or worsened symptoms in the Medication & What Helped section
 - Use Notes for My Doctor to jot down questions, concerns, or observations for your next appointment
 - Review your entries weekly to identify recurring patterns and share them with your healthcare provider



Scansiona per una guida dettagliata su come usare questo diario

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:



Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...)*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...)*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:



Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...)*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...)*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...)*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...)*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:



Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...)*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...)*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...)*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...)*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...)*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...)*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...)*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...)*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaco assunto:

Dettagli dei sintomi *(descrivi ogni sintomo: cosa senti, dove esattamente, quando è iniziato, quanto dura)*

Trigger e contesto *(cosa stavi facendo, mangiando o sentendo prima che apparissero i sintomi? nota atti...)*

Farmaci e sollievo *(farmaci assunti (nome, dose, ora). cosa ha attenuato o peggiorato i sintomi? valuta l'...)*
