

---



# Diario dei Sintomi

---



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 Dedicare 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



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'...*

---

---

---

---