


Diário de Sintomas



Um Diário Guiado de 30 Dias



Híbrido

Criado com LoomJournals

Como Usar Este Diário

Bem-vindo ao seu diário! Aqui estão algumas dicas para aproveitá-lo ao máximo:

- 1 Reserve alguns minutos por dia para escrever
- 2 Seja honesto e escreva livremente sem julgamentos
- 3 Tente escrever no mesmo horário todos os dias para criar um hábito
- 4 Revise suas anotações semanalmente para perceber padrões



Escaneie para um guia detalhado sobre como usar este diário

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:



Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:



Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:



Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:



Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:



Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:



Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:



Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:



Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:



Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:



Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:



Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:

Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*

Data: _____

Nível de dor (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gravidade: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Nível de energia (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualidade do sono: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Medicamento tomado:



Detalhes dos sintomas *(descreva cada sintoma: o que você sente, onde exatamente, quando começou,...*

Gatilhos e contexto *(o que você estava fazendo, comendo ou sentindo antes dos sintomas aparecerem? ...*

Medicação e alívio *(medicamentos tomados (nome, dose, horário). o que aliviou ou piorou os sintomas? ...*
