BRAESKU REHAB
TRAINING & THERAPY

Опросник центральной сенситизации

ФИО_____

Дата_____

Примечание_____

№		Никогда	Редко	Иногда	Часто	Всегда
1	Я чувствую себя усталым и неотдохнувшим, когда просыпаюсь					
2	Я чувствую напряжение/скованность и боль в мышцах					
3	У меня бывают приступы тревожности					
4	Я скриплю зубами или стискиваю их					
5	У меня проблемы со стулом (диарея и/или запор)					
6	Мне нужна помощь в обычной бытовой жизни					
7	Я чувствителен к яркому свету					
8	Я очень быстро устаю от физической активности					
9	Я чувствую боль по всему телу					
10	У меня головные боли					
11	Я чувствую дискомфорт в мочевом пузыре и/или жжение при мочеиспускании					
12	Я плохо сплю					
13	Мне сложно сконцентрироваться					
14	У меня проблемы с кожей (сухость, зуд, высыпания)					
15	Стресс усиливает мои соматические симптомы					
16	Я чувствую грусть или подавленность					
17	У меня мало сил					
18	У меня напряжены мышцы шеи и плеч					
19	У меня боли в челюсти					
20	Некоторые запахи, например духов, вызывают у меня головокружение и тошноту					
21	Мне приходится часто мочиться					
22	У меня дискомфорт в ногах и «синдром беспокойных ног», когда я ночью пытаюсь уснуть					
23	У меня сложности с запоминанием					
24	В детстве я перенес(ла) травму					

25	У меня боль в тазовой области					

Итого:

Диагностировали ли у Вас следующие заболевания? Пожалуйста, поставьте галочку в графе справа напротив каждого диагноза и напишите год диагностики.

	Нет	Да	Год диагностики
1 Синдром беспокойных ног			
2 Синдром хронической усталости			
3 Фибромиалгия			
4 Патология височно-нижнечелюстного сустава			
5 Мигрень или головная боль напряжения			
6 Синдром раздраженного кишечника			
7 Синдром множественной химической чувствительности			
8 Травмы шеи, включая хлыстовую травму			
9 Тревожность или панические атаки			
10 Депрессия			