

Il mio DIARIO SULL'IMCD



RECORDATI
RARE DISEASES
GROUP

Lun Mar Mer Gio Ven Sab Dom Data: _____

Oggi, in generale, mi sono sentito/a: 😊 😊 😐 ☹️ ☹️

Rispetto a ieri, mi sento: Meglio Peggio Uguale

Quanto è stato stressante oggi? Per nulla 1 2 3 4 5 Molto

Come ha dormito la scorsa notte? Molto male 1 2 3 4 5 Molto bene

Oggi ho manifestato i seguenti sintomi (selezioni tutte le risposte pertinenti) Quanto è durato? Qual era la sua gravità? (1: molto lieve, 5: molto grave)

Infezione 1 2 3 4 5

Febbre 1 2 3 4 5

Dolore agli arti o muscolare 1 2 3 4 5

Pressione sanguigna elevata 1 2 3 4 5

Linfonodi ingrossati Dove sul corpo? 1 2 3 4 5

Problemi a livello di bocca o gola 1 2 3 4 5

Problemi addominali o indigestione 1 2 3 4 5

Variazioni di peso Aumento Calo

Ritenzione idrica (gonfiore o rigonfiamento) Dove sul corpo? 1 2 3 4 5

Spossatezza / stanchezza 1 2 3 4 5

Respiro corto 1 2 3 4 5

Sudorazioni notturne 1 2 3 4 5

Eritema cutaneo 1 2 3 4 5

Prurito 1 2 3 4 5

Tosse 1 2 3 4 5

Dolore 1 2 3 4 5

Altro Descriva il sintomo 1 2 3 4 5

In che modo i sintomi hanno influito sulla Sua vita quotidiana?