

PSST - Questionario di Screening dei sintomi premestruali

Paziente - Nome e Cognome _____ Data ____/____/____

Indicare le date in cui si ha avuto il ciclo mestruale. Data ____/____/____ ; ____/____/____ ; ____/____/____

Giorni

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60

Da compilare tutti i giorni per 2 mesi e portare compilato alla visita.

Sintomo	Non presente	Lieve	Moderato	Severo
1. Rabbia / irritabilità				
2. Ansia / tensione				
3. Sensibilità / ipersensibilità al rifiuto				
4. Umore depresso				
5. Ridotto interesse per le attività lavorative				
6. Ridotto interesse per le attività domestiche				
7. Ridotto interesse per le attività sociali				
8. Difficoltà di concentrazione				
9. Fatica / mancanza di energia				
10. Grande appetito / voglia di cibo				
11. Insonnia				
12. Ipersonnia (necessità di più ore di sonno)				
13. Sentirsi sopraffatte o fuori controllo				
14. Sintomi fisici: dolorabilità mammaria, mal di testa, dolori articolari / muscolari, gonfiore, aumento di peso				
15. Tali sintomi hanno interferito con l'Efficienza o produttività lavorativa				
16. Tali sintomi hanno interferito con i Rapporti con i colleghi				
17. Tali sintomi hanno interferito nei Rapporti con la famiglia				
18. Tali sintomi hanno interferito nell' Attività quotidiana				
19. Tali sintomi hanno interferito nelle Responsabilità domestiche				