**ВЪПРОСНИК „МЦ ЕПИКА“**

**ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ**

**Име:**

**Презиме:**

**Фамилия:**

 **Дата на раждане:**

**Години:**

**Пол:**     Мъж Жена

**Мобилен телефон:**

**E-mail:**

**АЛЕРГИИ**

**Лекарства/ Хранителни добавки/Храни:**

**Реакции:**

**ОПЛАКВАНИЯ/ПРИТЕСНЕНИЯ**

Какво се надявате да постигнете при посещението си принас?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ако имате вълшебна пръчка и можете да изтриете три проблема, кои биха били те?

2.

3.

Кога за последно се чувствахте добре? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кое отключи промяната във Вашето здраве?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какво Ви кара да се чувствате зле?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какво Ви кара да се чувствате по-добре? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Моля, степенувайте сегашните и хронични проблеми по приоритет:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Опишете проблема:  | Слаб | Умерен | Тежък |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Метод на лечение до момента | Отличен | Добър | Приемлив |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО/ДИАГНОЗА**

*Моля отбележете заболяването и началната дата*

**ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ**

**ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪРДЕЧНО-СЪДОВАТА СИСТЕМА**

**МЕТАБОЛНИ / ЕНДОКРИННИ**

**ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

**ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОТДЕЛИТЕЛНАТА СИСТЕМА**

**ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ПОЛОВАТА СИСТЕМА**

**ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИЯ АПАРАТ**

**АВТОИМУННИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

**СИНДРОМ НА ХРОНИЧНА УМОРА**

**ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА**

**КОЖНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

**НЕВРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

**ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА**

**ТРАВМИ**

**ОПЕРАТИВНИ НАМЕСИ**

**ИЗВЪРШЕНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ ТРИ МЕСЕЦА**

**КРЪВНА ГРУПА:** A  B  AB  O  Rh+  Не ми е известна

**ХОСПИТАЛИЗАЦИИ**

    Не/Да

Дата: Причина:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

ГИНЕКОЛОГИЧНА ИСТОРИЯ*(FOR WOMEN ONLY)*

**ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА**

Бременност: нормална/с патология; брой

 Раждане: физиологично/с Цезарово сечение; брой

Аборт: не/да (спонтанен/по желание); брой

Деца: не/да; брой

Кърмене: не/да (продължителност)

**МЕНСТРУАЛНА ИСТОРИЯ**

Възраст на първи цикъл:\_\_\_\_\_\_ Честота на менструацията:\_\_\_\_\_\_ Продължителност:\_\_\_\_\_\_ Болка:  Да Не

Прекъсване на цикъла?\_\_\_\_\_\_ За колко дълго?\_\_\_\_\_\_

Последна менструация:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Използвате ли контрацептиви?  Не  Да

    Противозачатъчни медикаменти Презерватив    Диафрагма Спирала    Вазектомия на партньора

**ХОРМОНАЛНИ НАРУШЕНИЯ, СВЪРЗАНИ С ЖЕНСКИТЕ ПОЛОВИ ХОРМОНИ**

Фиброкистоза на гърдите Ендометриоза  Миома Безплодие

**ИЗВЪРШЕНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ**

Мамография: нормална/с патология\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     Биопсия на гърдите / Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цитонамазка: нормална/с патология

Плътност на костите:  нормална  ниска

**МЕНОПАУЗА/СИМПТОМИ**

В менопауза ли сте?  не  да; възраст в менопаузата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Симптоми: Горещи вълни Промени в настроението    Проблеми с концентрацията/паметта

Вагинална сухота Намалено либидо

 Силно кървене    Болки в ставите    Главоболие  Напълняване Сърцебиене

Хормоно-заместителна терапия: не/да (продължителност)

**ФУНКЦОНИРАНЕ НА МЪЖКАТА ПОЛОВА СИСТЕМА**

Правили ли сте си PSA?  Да Не

PSA стойности: 0-2 2-4 4-10 >10

Уголемена простата Инфекция на простатата Промяна в либидото Импотентност Проблеми с ерекцията Неспособност за поддържане на ерекцията Нощно уриниране (Колко пъти през нощта? )

**ГАСТРОЕНТЕРОЛГИЯ**

Има ли ли сте някога тежки?:

1. Гастроентерит
2. Диария/упорит запек

Имате ли чувството за добро храносмилане?  Да Не

Чувствате ли се с подут корем след хранене?  Да Не

**ДЕНТАЛНА ИСТОРИЯ**

 Сребърно-живачни пломби? Колко? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**МЕДИКАМЕНТИ**

**ПРИЕМ В МОМЕНТА**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **МЕДИКАМЕНТ** | **ДОЗА** | **ЧЕСТОТА** | **НАЧАЛНА ДАТА(МЕСЕЦ/ГОДИНА)**  | **ПРИЧИНА ЗА УПОТРЕБА** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ПРЕДИШЕН ПРИЕМ НА МЕДИКАМЕНТИ:** *Последните 10 години*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **МЕДИКАМЕНТ** | **ДОЗА** | **ЧЕСТОТА** | **НАЧАЛНА ДАТА(МЕСЕЦ/ГОДИНА)**  | **ПРИЧИНА ЗА УПОТРЕБА** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**ХРАНИТЕЛНИ ДОБАВКИ*(ВИТАМИНИ/МИНЕРАЛИ/БИЛКИ/ХОМЕОПАТИЯ***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ДОБАВКИ И ФИРМА** | **ДОЗА** | **ЧЕСТОТА** | **НАЧАЛНА ДАТА(МЕСЕЦ/ГОДИНА)**  | **ПРИЧИНА ЗА УПОТРЕБА** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Има ли ли сте някога странични ефекти при прием на лекарства или добавки?  Да Не

Опишете: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Има ли ли сте продължителна употреба на нестероидни болкоуспокояващи? Да Не

Има ли ли сте продължителна употреба на Парацетамол?  Да Не

Има ли ли сте продължителна или редовна употреба на противокиселинни лекарства? ДаНе

Честа употреба на антибиотици > 3 пъти/годинна Да Не

Дълготрайна употреба на антибиотици Да Не

Употреба на стероидни медикаменти (преднизон, противоалергични инхалатори и др.) в миналото Да не

**ФАМИЛНА ИСТОРИЯ**

**N**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Отбележете членовете на семейството.*** | Майка | Баща | Братя | Сестри | Деца | Баба по майчина линия | Дядо по майчина линия | Баба по бащина линия | Дядо по бащина линия | Лели | Чичовци | Други |
| Възраст (ако е още жив) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Възраст на смъртта (ако е починал)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Рак |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Рак на дебелото черво |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Рак на гърдата или яйчниците |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сърдечни заболявания |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Хипертония |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Затлъстяване/обезитас/ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Диабет |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Инсулт |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Артрит/ревматоиден, псориатичен/ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Възпаления на червата |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Множествена склероза |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Щитовидни проблеми |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Лупус |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Синдром на възпалените черва |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Цьолиакия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Астма |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Екзема / Псориазис |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Хранителни алергии, Чувствителност или непоносимост към храна |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Чувствителност към прах, газови изпарения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Деменция |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Паркинсон |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Амиотрофична латерална склероза  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Генетични проблемиЗлоупотреба със субстанции (алкохолизъм) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Психиатрични нарушения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Депресия |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Шизофрения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Загуба на внимание и концентрация |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Аутизъм |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Биполярно разсттройство |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Други |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ИСТОРИЯ НА ХРАНЕНЕТО**

Прави ли ли сте някога консултация за хранене?  Да Не

Прави ли ли сте някакви промени в храненето поради здравословни прични?  Да Не

Опишете: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Следвате ли в момента някакъв хранителен план или програма?  Да Не

*Отбележете вярното:*

 Нискомазнинен Нисковъглехидратен Високопротеинов Без сол Диабетичен Без млечни продукти Без пшеница Без глутен Вегетариански Веган

 Специфична диета за загуба на тегло/Вид: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Друго\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Височина(см)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тегло\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Поддържано тегло +/- 3 кг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Желано тегло +/- 3кг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Колко често се теглите?  Всеки ден Всяка седмица Всеки месец Рядко Никога

Избягвате ли някакви конкретни храни?  Да Не

Ако да, поради какви причини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Акоможехте да консумирате само няколко определени храни седмично, какви биха били те?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Купувате ли пакетирана храна?  Да Не

Ако не, каквът вид храна пазарувате?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Четете ли етикетите на храните?  Да Не

Готвите ли?  Да Не

Колко вида храни консумирате на седмица?  0-1  1-3  3-5  >5

Посочете всички фактори, които се отнасят до настоящия ви начин на живот и хранителни навици:

 Храня се бързо

 Погрешен начин на хранене

 Ям прекалено много

 Ям късно вечер

 Не харесвам здравословна храна

 50% от храненията са извън дома

 Пътувам често

 Нямам достъп до здравословна храна

 Не планирам храненията и менютата

 Разчитам на бързите храни

 Лош избор на закуски

 Голяма част от семейството ми не харесва здравословната храна

 Голяма част от семейството има специални хранителни нужди или предпочитания

 Обичам да се храня

 Храня се, защото трябва

 Имам негативно отношение към храната

 Проблеми с храненето

 Емоционално хранене (ям, когато съм тъжен, самотен, депресиран, отегчен)

 Когато съм под стрес ям твърде много

 Когато съм под стрес ям твърде малко

 Не обичам да готвя

 Храня се посред нощ

 Объркан съм относно съветите за хранене

**ПУШЕНЕ:**

Пушач съм?  Да Не

От колко години? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Колко кутии на ден пушите?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Опити за отказване?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Бивш пушач: Колко години? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Колко кутии на ден? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пасивен пушач ли сте? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРИЕМ НА АЛКОХОЛ**

 Не приемам алкохол  Не съм приемал алкохол

Какво количество алкохол на седмица консумирате? *1 питие = 150 мл. вино, 340 мл. бира, 0,40 мл. високоалкохолна напитка*

Колко пъти седмично?  1-3 4-6  7-10 > 10

Предишен прием на алкохол?  Да ( Малко Умерео Много)

Казвали ли са ви някога, че трябва да спрете алкохола?  Да Не

Дразните ли се, когато хората ви питат дали пиете алкохол?  Да Не

Чувствате ли се понякога виновен затова, че пиете алкохол?  Да Не

Консумирате ли алкохол рано сутрин?  Да Не

Имате ли „толеранс“ към алкохола (можете ли да пиете повече от другите)?  Да Не

Случвало ли ви се е да загубите спомен след употреба на алкохол?  Да Не

Влизатели в спорове или физически контакт, когато сте пили?  Да Не

Били ли сте някога арестуван или хоспитализиран след употреба на алкохол?  Да  Не

Замисляли ли сте се някога да потърсите помощ за контролоране или спиране на алкохолната употреба?  Да Не

**ДРУГИ НАПИТКИ**

Прием на кафе:  Да Не; колко чаши дневно: 1 2-4 > 4

Прием на чай:  Да Не; колко чаши дневно: 1 2-4 > 4

Прием на кофеинови газирани напитки или диетични газирани напитки:  Да Не

Колко пъти дневно?1 2-4 > 4 на ден

Посочете любимите си напитки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Посочете дали приемате енергизиращи напитки(хапчета)?  Да Не

Избройте ги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Приемате ли наркотици под каквато и да е форма? Да Не

Избройте ги:

**СПОРТ/ДВИГАТЕЛНА АКТИВНОСТ**

Каква е двигателната ви активност в момента: *(Посочете вида физическа дейност, колко пъти седмично спортувате, времетраене)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид физическа дейност** | **К олко пъти седмично** | **Времетраене вминути** |
| Стречинг |  |  |
| Кардио/Аеробика |  |  |
| Силови упражнения |  |  |
| Други (йога, пилатес, упражнения с гири, др.) |  |  |
| Вид порт или развлекателни спортни дейности(голф, тенис, ролери и др.) |  |  |
|  |  |  |

Оценете нивото си на мотивация за включване на спортни дейности в ежедневието си?

 Ниско Средно Високо

Отбележете проблемите, които ви спират да спортувате:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чувствате ли се необичайно изморени след тренировки/физически дейности?  Да Не

Ако да, моля пояснете:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потите ли се обикновено, когато тренирате? да  не

**ПСИХОСОЦИАЛЕН СТАТУС**

Чувствате ли се значително по-малко жизнени отколкото преди година?  Да Не

Щастлив/а ли сте?  Да Не

Имате ли усещането, че животът ви има мисъл и цел?  Да Не

Мислите ли, че в момента стресът намалява качеството ви на живот? ДаНе

Харесвате ли работата, която в момента работите?  ДаНе

Преживявали ли сте големи загуби в живота си?  Да Не

Прекарвате ли по-голямата част от времето си за изпълнение на отговорности и задължения?  Да Не

Бихте ли определили детството си като щастливо и сигурно?

 Да Не

**СТРЕС/СПРАВЯНЕ**

Някога търсили ли сте консултация?  Да Не

Ходите ли в момента на някаква терапия?  Да Не

Опишете: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чувствате ли, че имате прекалено много стрес в живота си?  Да Не

Чувстватели, че можете лесно да се справите със стреса в живота си?  Да Не

Ежедневни стресови фактори: Оценете по скала от 1-10

Работа \_\_\_\_\_ Семейство \_\_\_\_\_ Социален живот \_\_\_\_\_ Финанси\_\_\_\_\_ Здраве\_\_\_\_\_ Друго\_\_\_\_\_

Практикувате ли техники за медитация или релаксация?  Да Не

Колко често? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Посочете конкретната практика: ЙогаМедитацияВизуализацияДишанеТай ЧиМолитвиДруги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Били ли сте някога малтретирани, жертва на престъпление или сте имали травматично преживяване? Да Не

**СЪН/ПОЧИВКА**

Приблизително колко часа спите на нощ?: >10 8-10 6-8 < 6

Имате ли проблеми със заспиването?  Да Не

Чувствате ли се отпочинали сутрин?  Да Не

Страдате ли от безсъние?  Да Не

Хъркате ли?  Да Не

Приемате ли сънотворни?  Да Не

Пояснете: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОЦИАЛНИ РОЛИ/ОТНОШЕНИЯ**

Семейноположение:

 Необвързан/а Женен/ омъжена Разведен/а Вдовец/вдовица

Ресурси за емоционална подкрепа?

Съпруг/съпругаСемействоПриятелиРелигиозни/духовниДруги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОЦЕНКА НА ОКОЛНАТА СРЕДА И ДЕТОКСИКАЦИЯ**

Иматели нежелани хранителни реакции или чувствителност?  Да Не

Ако имате, опишете симптомите :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имате ли хранителни алергии?  Да Не

Моля опишете, ако имате:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иматели нежелана реакция към кофеина?  Да Не

Изпитвате ли някое от следните състояния при прием на кофеин:

Раздразнение и хиперактивностМускулна слабост и треперене

Реагирате ли неблагоприятно на*:*

Мононатриевглутамат(MSG)  АспартамКофеинБананиЧесънЛукСирене Цитрусови храниШоколадАлкохол Храни, съдържащи сулфит (вино, сушени плодове,) Консерванти (като натриев бензоат) Други: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кое от следните ви оказва значително влияние?

Цигарен димПарфюми Изгорели автомобилни газове Други: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Изложени ли сте на някое от следните влияния (на работа или вкъщи):

ХимикалиЕлектромагнитно излъчванеМухъл

Боледували ли сте от жълтеница?  Да Не

Имали ли сте някога синдром на Жилбер или чернодробно разстройство?  Да Не

Опишете: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имали ли сте значително излагане на каквито и да било вредни химикали като следните:

ХербицидиИнсектицидиПестицидиОрганични разтворителиТежки металиДруги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Химикал, Дата,Продължителност: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Носите ли често дрехите си на химическо чистене?  Да Не

Имате ли домашни любимци?  Да Не

**ПРЕГЛЕД НА СИМПТОМИТЕ**

***Моля, отбележете всички настоящи симптоми или тези през последните 6 месеца.***

**ОБЩИ**

 Студениръце и крака

 Непоносимост към студ

 Ниска телесна температура

 Нискокръвноналягане

 Сънливостпрезденя Трудностисъсзаспиването

 Ранносъбуждане

Умора

 Високатемпература

 Зачервяване

 Непоносимосткъмтоплина

 Нощни събуждания

 Кошмари

**ГЛАВА, ОЧИ И УШИ**

 Конюнктивит

 Нарушенообоняние

 Нарушен вкус

 Оталгия

 Болки в ушите

 Шум в ушите

 Крусти

 Болка в очите

 Загуба на слух

 Проблеми със слуха

 Главоболие

 Мигрена

 Чувствителносткъмсилнишумове

 Проблемисъсзрението

(различниоточила)

 Макулнадегенерация

 Отлепваненастъкловиднототяло

 Отлепваненаретината

**ОПОРНО-ДВИГАТЕЛНИ**

Спазъмнамускулитенагърба

 Крампинапрасеца

 Стягане на гърдите

 Крампинакраката

 Деформациянаставите

 Болки в ставите

 Зачервяваненаставите

 Скованостнаставите

 Мускулнаболка

 Мускулниспазми

 Скованостнамускулите

***Мускулнипотрепвания:***

 Около очите

 Ръцеиликрака

 Мускулнаслабост

 Спазъмнамускулитенаврата

 Тендинит

 Главоболие

 Проблеми с челюста

**НАСТРОЕНИЕ / НЕРВИ**

 Агорафобия

 Безпокойство

 Халюцинации

 Безсъзнание

 Депресия

***Трудност :***

 Концентрация

 Баланс

 Мислене

 Решения

 Реч

 Памет

 Световъртеж

 Припадък

 Страх

 Раздразнителност

 Прималяване

 Изтръпване

 Другифобии

 Паническаатака

 Параноя

 Гърчове

 Самоубийственимисли

 Изтръпване

 Тремор / Треперене

 Зрителнихалюцинации

**ХРАНЕНЕ**

 Склонносткъмпреяждане

 Булимия

 Загуба на тегло

 Качване на тегло

 Честидиети

 Липса на апетит

 Апетит за солено

 Апетитзавъглехидрати

(хляб, тестениизделия)

 Апетит за сладко

(бонбони, бисквитки, сладкиши)

 Апетит за шоколад

 Кофеиновазависимост

**ХРАНОСМИЛАНЕ**

 Аналниспазми

 Лошизъби

 Кървящивенци

***Подуванена:***

 Долна част на корема

 Корем

 Подуванеследхранене

 Кръв в изпражненията

 Оригване

 Гангренови язви

 Херпеси

 Запек

 Напукване в ъгъла на устните

 Спазми

 Протези / Лошодъвчене Диария

 Редуващиседиария и запек

 Труднопреглъщане

 Сухауста

 Газове

 Фисури

 Рефлукс

 Киселини в стомаха

 Хемороиди

 Лошохраносмилане

 Гадене

 Болка в горнатачастнакорема

 Повръщане

***Непоносимосткъм:***

 Лактоза

 Млечни

 Пшеничени

 Глутен (Пшеница, ръж, ечемик)

 Царевица

 Яйца

 Вреднихрани

 Мая

 Чернодробнаболест / жълтеница

 Отклонения в чернодробната функция

 Болка в долнатачастнакорема

 Слуз в изпражненията

 Пародонталнаболест

 Възпален език

 Неисвоена храна в стома

**КОЖНИ ПРОБЛЕМИ**

 Акненагърба

 Акневърхугърдите

 Акнеполицето

 Акненараменете

 Микоза

 Неравностипогорнатачастнаръцете

 Целулит

 Тъмникръговеподочите

 Зачервяване на ушите

 Леснонатъртване

 Липсанапотене

 Екзема

 Уртикария

 Бенки с / Цвят / Промянанаразмера

 Мазнакожа

 Бледакожа

 Замъгленост

 Обрив

 Зачервено лице

 Чувствителносткъмухапвания

 Херпесзостер

 Потъмняваненакожата

 Силнамиризманатялото

 Косопад

 Витилиго

**СЪРБЕЖ ПО КОЖАТА**

 Кожата като цяло

 Анус

 Рамене

 Ушниканали

 Очи

 Стъпала

 Ръце

 Крака

 Нос

 Скалп

 Гърло

**КОЖА, СУХОСТ НА**

 Очи

 Стъпала

 Напукване?

 Лющене?

 Коса

 Ръце

Напукване? Лющене?

 Уста/Гърло

 Скалп

 Пърхот?

**ЛИМФНИ ВЪЗЛИ**

 Уголемени / врат

 Меки / врат

 Другиуголемени/меки

 Лимфнивъзли

**НОКТИ**

 Гризане

 Чупливи

 Извити

 Гъбички ръце

 Гъбички крака

 Неравности

 Окъсаникожички

 Меки

***Удебеляванена:***

 Ноктинаръцете

 Ноктинакраката

 Белипетна / линии

**ДИХАТЕЛНИ**

 Лошдъх

 Лошамиризма в носа

 Сухакашлица

 Кашлица

 Пресипналост

 Възпаленогърло

***Сеннахрема:***

 Пролет

 Лято

 Есен

 Смянанасезона

 Запушен нос

 Кървене от носа

 Post Nasal Drip

 Синусова пълнота

 Синусова инфекция

 Хъркане

 Хрипове

 Зимензадух

**СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ**

 Ангина / болка в гърдите

 Задух

 Шумнасърцето

 Неравномеренпулс

 Сърцебиене

 Флебит

 Подутиглезени / Крака

 Разширенивени

**ПИКОЧНИ**

 Нощно напикаване

 Проблеми с уринирането

 Инфекция

 Бъбречна недостатъчност

Изтичане /инконтиненция

 Болка / парене

 Възпаление на простатата

 Неотложна нужда

**МЪЖКА ПОЛОВА С–МА**

 Секретотпениса

 Проблем с еякулацията

 Гениталниболки

 Импотентност

 Инфекциянапростататаилипикочнитепътища

 Бучки в тестисите

 Намаленолибидо

**ЖЕНСКА ПОЛОВА С–МА**

 Кистинагърдата

 Бучкинагърдата

 Чувствителностнагърдите

 Кистанаяйчниците

 Намаленолибидо

 Вагиналнотечение

 Вагиналнамиризма

 Вагиналенсърбеж

 Вагинална болкапри секс

***Предменструално:***

 Подуваненагърдите

 Апетитзавъглехидрати

 Апетит за шоколад

 Запек

 Безсъние

 Диария

 Умора

 Сънливост

 Раздразнителност

***Менструално:***

 Спазми

 Тежкипериоди

 Нередовнаменструация

 Безпериоди

 Краткипериоди

 Кървене между периоди

**ОЦЕНКА НА МОТИВАЦИЯТА М за ЗЗ**

*Отбележете от 5 (много добра) до 1 (никаква):*

Колко стесклонни да направите промени, за да подобрите здравето си:

Да промените диетата си......................................................O 5 O 4 O 3 O 2 O 1

Да приемате хранителни добавки през деня......................................... O 5 O 4 O 3 O 2 O 1 Да записвате всичко, което приемате през деня....................................O 5 O 4 O 3 O 2 O 1 Да промените начина си на живот(напр. навици, свързани с работа сън) O 5 O 4 O 3 O 2 O 1

Да практикувате техники за релаксация................................................. O 5 O 4 O 3 O 2 O 1 Да промените двигателната си култура................................................... O 5 O 4 O 3 O 2 O 1 Да правите редовни профилактични изследвания, за да оцените напредъка си .......................................................................................................................... O 5 O 4 O 3 O 2 O 1

Коментари:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Отбележете от 5 (много уверен) до 1 (напълно неуверен):*

Колко сте уверени в способността си да организирате и да следвате горепосочените промени, свързани със здравето? O 5 O 4 O 3 O 2 O 1

Ако не сте уверени в способностите си, кои причини във вас самите или във вашия живот ви карат дапоставятепод въпрос способността си да се ангажирате изцяло с горепосочените промени?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Отбележете от 5 (многоподкрепящ) до 1 (много неподкрепящ):*

Понастоящем, колко подкрепящи можете да определите хората от вашето обкръжение, готови да ви подкрепят при прилагането на горнит епромени? O 5 O 4 O 3 O 2 O 1

Коментари: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Отбележете от 5 (много чести контакти) до 1 (много редки контакти):*

Какъв тип комуникация (напр. Телефонни консултации, кореспонденция по имейл)с нашия професионален екип биха ви били от полза, докато изпълнявате Вашата лична здравна програма? O 5 O 4 O 3 O 2 O 1

Коментари: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ВОДЕНЕ НА 3-ДНЕВЕН ХРАНИТЕЛЕН ДНЕВНИК**

Важно е да водите точно описание на храните и напитките, които приемате.

Моля, попълнете този хранителен дневник за 3 последователни дни, включително един уикендов ден.

• Не променяйте хранителните си навици през този период, тък като целта на този дневник да се анализират настоящите ви хранителни навици.

• Записвайте приема на храна веднага след хранене

• Описвайте подробно вида и приготвянето на консумираната храна

• Записвайте количествата на консумираните храни и напитки

• Записвайте всички допълнителни съставки (напр. чай с 1 л. мед., картофи с 2 л. масло)

• Записвайте всички видове напитки вкл. вода, кафе, чай.

•Включете допълнителни данни за хранителните ви навици (желание за сладко, пропуснато хранене и защо, кога храната е приета в ресторант)

•Моля, отбележете всички дефекации и тяхната консистенция (нормална, мека, твърда)

***ХРАНИТЕЛЕН ДНЕВНИК***

Име: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДЕН 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ВРЕМЕ** | **ХРАНА/НАПИТКИ/КОЛИЧЕСТВО** | **КОМЕНТАРИ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Дефекция(форма,цвят):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стрес/Настроение/Емоции: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Други коментари:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДЕН 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ВРЕМЕ** | **ХРАНА/НАПИТКИ/КОЛИЧЕСТВО** | **КОМЕНТАРИ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Дефекция(форма,цвят):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стрес/Настроение/Емоции: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Други коментари:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДЕН 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ВРЕМЕ** | **ХРАНА/НАПИТКИ/КОЛИЧЕСТВО** | **КОМЕНТАРИ** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Дефекция(форма,цвят):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стрес/Настроение/Емоции: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Други коментари:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКИ ВЪПРОСНИК ЗА СИМПТОМИ И ТОКСИЧНОСТ**

**Име:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Дата:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Въпросникът за скрининг за токсичност и симптоми идентифицира симптоми, които помагат да се определят основните причини за дадено заболяване и Ви помага да проследите напредъка си във времето. Оценете всеки от следните симптоми въз основа на Вашия здравен профил през последните 30 дни. Ако извършвате това след първия път, запишете симптомите и САМО през последните 48 часа.

**СКАЛА**

0 = Никога или почти никога не сте имали симптома

1 = Проявява се понякога, ефектът не е тежък

2 = Понякога има, ефектът е тежък

3 = Проявява се често, ефектът не е тежък

4 = Проявява се често, ефектът е тежък

Оценете синдивидуални точки и сумирайте всяка група, след което сумирайте групите.

• Опримален резултат е по-малко от 10 • Слабатоксичност: 10-50 • Умерена токсичност: 50-100 •

Тежка токсичност: над 100 ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ХРАНОСМИЛАТЕЛЕН ТРАКТ**

\_\_\_ Гаденеилиповръщане

\_\_\_ Диария

\_\_\_ Запек

\_\_\_ Чувствонаподуване

\_\_\_ Оригванеилигазове

\_\_\_ Киселини в стомаха

\_\_\_ Болки в червата / стомаха

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**УШИ**

\_\_\_ Болки в ушите, ушниинфекции

\_\_\_ Дренаж на ухото

\_\_\_ Шум в ушите, загубанаслуха

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**ЕМОЦИИ**

\_\_\_ Промени в настроението

\_\_\_ Тревожност, страхилинервност\_\_\_ Гняв, раздразнителностилиагресивност

\_\_\_ Депресия

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**ЕНЕРГИЯ / ДЕЙНОСТ**

\_\_\_ Умората, инертност

\_\_\_ Апатия, летаргия

\_\_\_ Хиперактивност

\_\_\_ Безпокойство

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**ОЧИ**

\_\_\_ Сълзенеилисърбеж в очите

\_\_\_ Подутиилизачервени

 \_\_\_ Торбички илитъмникръговеподочите

\_\_\_ Замъгленоилитунелнозрение

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**ГЛАВА**

\_\_\_ Главоболие

\_\_\_ Припадък

\_\_\_ Световъртеж

\_\_\_ Безсъние

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**СЪРЦЕ**

\_\_\_ Сърдечна аритмия

\_\_\_ Учестено сърцебиене

\_\_\_ Болки в гърдите

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**СТАВИ / МУСКУЛИ**

\_\_\_ Болки в ставите

\_\_\_ Артрит

\_\_\_ Скованостилиограничениенадвижението

\_\_\_ Болки в мускулите

\_\_\_ Чувствонаслабостилиумора***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**БЕЛИ ДРОБОВЕ**

\_\_\_ Астма, бронхит

\_\_\_ Задух

\_\_\_ Затрудненодишане

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**УМ**

**\_\_\_ Лошапамет**

**\_\_\_** слаба канцентрация

\_\_\_ Лошафизическакоординация

\_\_\_ Трудност при вземане на решения

\_\_\_ Заекване

\_\_\_ Неяснареч

\_\_\_ Трудности в ученето

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**УСТА / ГРЪЛО**

\_\_\_ Хроничнакашлица

\_\_\_ Задух

 \_\_\_ Възпаленогърло, пресипналост, загубанаглас

\_\_\_ Подут / обезцветенезик, венци, устни

\_\_\_ Гангренниязви

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**НОС**

\_\_\_ Запушеннос

\_\_\_ Проблемисъссинусите

\_\_\_ Сеннахрема

\_\_\_ Кихане

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**КОЖА**

\_\_\_ Акне

\_\_\_ Уртикария, обривиилисухакожа

\_\_\_ Косопад

\_\_\_ Горещивълни

\_\_\_ Прекомерноизпотяване

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**ТЕГЛО**

\_\_\_ Склонносткъмпреяждане / пиене

\_\_\_ Наднормено тегло

\_\_\_ Задържаненавода

\_\_\_ Поднорменотегло

***Общо***\_\_\_\_\_\_\_

**ДРУГИ**

\_\_\_ Честоболедуване

\_\_\_ Често уриниране

\_\_\_ Генитален сърбеж

*Общо*\_\_\_\_\_\_\_

**КРАЕН СБОР:\_\_**