

Questionario dei sintomi da malnutrizione

| Quante volte negli ultimi 28 giorni | Mai | 1-5 giorni | 6-12 giorni | 13-15 giorni | 16-22 giorni | 23-27 giorni | Ogni giorno |
|--|-----|---------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| Si è preoccupato/a per il cibo | | | | | | | |
| Ha collezionato ricette, libri di cucina menù | | | | | | | |
| Ha tagliato gli alimenti in piccoli pezzi | | | | | | | |
| Ha nascosto del cibo | | | | | | | |
| Ha mangiato del cibo bollente | | | | | | | |
| Ha incrementato il consumo di caffè o tè o spezie | | | | | | | |
| Ha avuto un introito esagerato e incontrollato di cibo | | | | | | | |
| È stato/a depresso/a | | | | | | | |
| È stato/a ansioso/a | | | | | | | |
| È stato/a irritabile | | | | | | | |
| È stato/a di umore variabile (eccitato/a e depresso/a) | | | | | | | |
| Ha sentito delle voci | | | | | | | |
| Ha avuto delle allucinazioni | | | | | | | |
| Ha notato dei cambiamenti nella sua personalità | | | | | | | |
| Si è isolato/a dagli altri | | | | | | | |
| È diminuita la sua capacità di concentrazione | | | | | | | |
| È stato/a apatico/a | | | | | | | |
| Ha avuto un sonno disturbato | | | | | | | |
| Si è sentito/a debole | | | | | | | |
| Ha avuto dei disturbi digestivi | | | | | | | |
| Le ha dato fastidio il rumore | | | | | | | |
| Le ha dato fastidio la luce | | | | | | | |
| Ha avuto le gambe o altre parti del corpo gonfie di liquido | | | | | | | |
| Ha avuto una bassa temperatura corporea | | | | | | | |
| Ha avuto dei formicolii o delle zone della pelle con un'alterata sensibilità | | | | | | | |
| Ha avuto una diminuzione dell'interesse sessuale | | | | | | | |
| Ha avuto freddo | | | | | | | |
| Ha avuto dei fischi alle orecchie | | | | | | | |
| Ha avuto un aumento della fame | | | | | | | |
| Ha avuto un precoce senso di sazietà | | | | | | | |
| Si è sentito/a pieno/a dopo mangiato | | | | | | | |