

Дневник симптомов

Ниже приведен список возможных симптомов. Рядом с каждым симптомом напишите цифру, которая лучше всего описывает, как он повлиял на вас в этом месяце и в какой день. Оцените тяжесть симптомов по шкале от 0 до 10, где 0 - симптом не наблюдается, а 10 - оказал существенное влияние.

Усталость, слабость

Дата

Оценка

Дата

Оценка

Головокружение

Дата

Оценка

Дата

Оценка

Одышка

Дата

Оценка

Дата

Оценка

Пожелтение кожи или глаз

Дата

Оценка

Дата

Оценка

Эректильная дисфункция

Дата

Оценка

Дата

Оценка

Боль в животе

Дата

Оценка

Дата

Оценка

Боль в области грудной клетки

Дата

Оценка

Дата

Оценка

Затрудненное глотание

Дата

Оценка

Дата

Оценка

Дата: _____

Цвет мочи по утрам



Дата: _____



Бледно-желтый

Желтый

Янтарный

Темно-коричневый

Красный