

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Central Sensitization Inventory (CSI)****CSI - PARTE A** - Por favor, circule na coluna da direita a melhor resposta para cada questão.

Sinto-me cansado (a) ao acordar pela manhã	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Sinto que minha musculatura está enrijecida e dolorida	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Tenho crises de ansiedade	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Costumo apertar (ranger) os dentes	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Tenho diarreia e/ou prisão de ventre	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Preciso de ajuda para fazer as tarefas diárias	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Sou sensível à luminosidade excessiva	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Canso-me facilmente ao realizar atividades diárias que exigem algum esforço físico	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Sinto dor em todo o corpo	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Tenho dores de cabeça	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Sinto desconforto e/ou ardência ao urinar	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Durmo mal	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Tenho dificuldade para me concentrar	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Tenho problemas de pele como ressecamento, coceira e vermelhidão	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
O estresse piora meus sintomas	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Me sinto triste ou deprimido(a)	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Tenho pouca energia	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Tenho tensão muscular no pescoço e nos ombros	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Tenho dor no queixo	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Fico enjoado (a) e tonto (a) com cheiros como o de perfumes	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Preciso urinar frequentemente	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Quando vou dormir à noite sinto minhas pernas inquietas e desconfortáveis	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Tenho dificuldade para me lembrar das coisas	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Sofri trauma emocional na infância	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre
Tenho dor na região pélvica	<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Às vezes	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Sempre

**PONTUAÇÃO TOTAL DO QUESTIONÁRIO:** \_\_\_\_\_**CSI - PARTE B** - Você recebeu de algum médico algum (s) diagnóstico (s) dos citadas abaixo?

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>ANO DE DIAGNÓSTICO</b>
Síndrome de Pernas Inquietas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Síndrome da Fadiga Crônica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Fibromialgia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Distúrbio da Articulação Temporomandibular (ATM)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Enxaqueca ou Cefaléia Tensional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Síndrome do Intestino (Cólon) Irritável	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Hipersensibilidade Química (ex. poeira, cosméticos, poluição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Lesão cervical (incluindo lesão de chicote)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Ansiedade ou ataques de pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Depressão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____