

INVENTÁRIO DE SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL - CSI

CSI - PARTE A - Por favor, escolha apenas uma resposta que melhor descreva sua experiência em cada em uma das afirmações abaixo:

1	Não me sinto descansado quando eu acordo de manhã	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
2	Sinto meus músculos rígidos e doloridos	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
3	Eu tenho crises de ansiedade	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
4	Ranger ou cerrar os dentes	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
5	Tenho problemas com diarreia ou constipação	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
6	Eu preciso de ajuda na execução de minhas atividades diárias	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
7	Sou sensível a luzes brilhantes	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
8	Eu me canso facilmente quando faço atividades físicas	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
9	Eu sinto dores por todo o meu corpo	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
10	Eu tenho dores de cabeça	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
11	Eu me sinto desconforto e / ou ardor na minha bexiga quando urino	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
12	Eu não durmo bem	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
13	Eu tenho dificuldade de concentração	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
14	Eu tenho problemas de pele, como ressecamento, coceira ou erupções cutâneas	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
15	O estresse faz com que meus sintomas físicos piorem	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
16	Sinto-me triste ou deprimido	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
17	Eu tenho de baixa energia	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
18	Eu tenho tensão muscular no pescoço e ombros	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
19	Eu tenho dor na minha mandíbula (ATM)	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
20	Certos cheiros, tais como perfumes, me fazem sentir tonturas e náuseas	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
21	Eu tenho de urinar com frequência	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
22	Minhas pernas se sentem desconfortáveis e inquietas quando estou tentando dormir à noite	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
23	Eu tenho dificuldade em lembrar as coisas	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
24	Sofri um trauma quando criança	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
25	Eu tenho dor na minha área pélvica	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Score Total = _____

CSI - PARTE B - Você foi diagnosticado por um médico com qualquer uma das seguintes condições abaixo:

		SIM	NÃO	ANO DO DIAGNÓSTICO
1	Síndrome de pernas inquietas			
2	Síndrome da Fadiga Crônica			
3	Fibromialgia			
4	Distúrbio da Articulação Temporomandibular (ATM)			
5	Enxaqueca ou dores de cabeça tensionais			
6	Síndrome do Cólon Irritável			
7	Sensibilidade Química Múltipla			
8	Problemas cervicais (incluindo whiplash)			
9	Crises de ansiedade ou síndrome do pânico			
10	Depressão			