

Behavior Rating Scale - ITA

Self-Report

09/05

Assegnati un punteggio relativo al periodo degli ultimi _____

0 = niente, 1 = trascurabile, 2 = leggero, 3 = moderato, 4 = forte

1. Irascibile, irritabile, frustrato	0	1	2	3	4
2. Ansioso, nervoso	0	1	2	3	4
3. Umore depresso, triste	0	1	2	3	4
4. Desiderio o irresistibile voglia di fumare	0	1	2	3	4
5. Difficoltà di concentrazione	0	1	2	3	4
6. Aumento dell'appetito, fame, aumento di peso	0	1	2	3	4
7. Insonnia, disturbi del sonno, risvegli notturni	0	1	2	3	4
8. Agitazione	0	1	2	3	4
9. Impazienza	0	1	2	3	4
10. Costipazione	0	1	2	3	4
11. Capogiri	0	1	2	3	4
12. Tosse	0	1	2	3	4
13. Sogni o incubi	0	1	2	3	4
14. Nausea	0	1	2	3	4
15. Mal di gola	0	1	2	3	4

battiti cardiaci _____ bpm

peso _____ kg