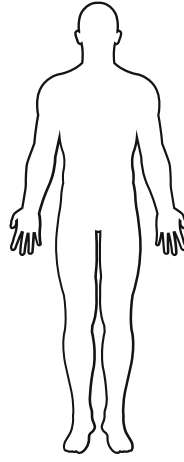
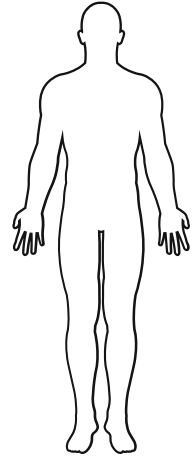


*Уровень боли*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<i>Симптомы боли</i>	<i>День/ночь</i>	<i>Вид спереди</i>	<i>Вид сзади</i>
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		

*Другие симптомы*

<input type="checkbox"/> Тревожность	<input type="checkbox"/> Усталость	<input type="checkbox"/> Апатия	<input type="checkbox"/> Бессонница
<input type="checkbox"/> Тошнота	<input type="checkbox"/> Депрессия	<input type="checkbox"/> Раздражительность	<input type="checkbox"/> Злость
<input type="checkbox"/> Боль в горле	<input type="checkbox"/> Диарея	<input type="checkbox"/> Рвота	<input type="checkbox"/> Вздутие
<input type="checkbox"/> Измотанность	<input type="checkbox"/> Отек	<input type="checkbox"/> Мурашки	<input type="checkbox"/> Температура
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

*Сон*

**Продолжительность:**  
**Ночные кошмары:** Да/Нет  
**Качество:** 1 2 3 4 5

*Физическая активность*

Никакой  Немного  Много  Макс.

**Подробности:**

*Заметки*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Как вы себя сегодня чувствуете?



Настроение



Ясность разума



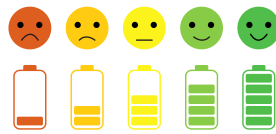
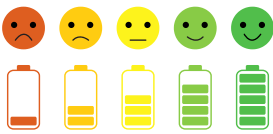
Интероцепция



Уровень энергии

Утром

Вечером



Медикаменты

Доза


Уровень стресса

Отсутствие

Низкий

Средний

Высокий

Максимальный

Мелтдаун /  Шатдаун

Триггеры

Описание

Что помогло


Сенсорные триггеры

- |                                   |                                   |                                 |                                      |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Звуки    | <input type="checkbox"/> Вкусы    | <input type="checkbox"/> Одежда | <input type="checkbox"/> Температура |
| <input type="checkbox"/> Текстура | <input type="checkbox"/> Движения | <input type="checkbox"/> Люди   | <input type="checkbox"/> Визуальные  |
| <input type="checkbox"/> Свет     | <input type="checkbox"/> Запахи   | <input type="checkbox"/> Боль   | <input type="checkbox"/> Окружение   |
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |
| <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             |