

DIARIO GIORNALIERO DELLE VAMPATE DI CALORE

data di inizio _____

nome _____

data di nascita _____

peso corporeo kg _____

altezza cm _____

circonferenza addominale cm _____

	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA
Numero di vampate di calore nell'arco della giornata							
Numero di sudorazioni notturne							
Quanto sono durate?	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti
Che effetto hanno avuto?	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____
Cosa pensi possa aver scatenato le tue vampate di calore?	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____
Note aggiuntive e osservazioni generali							

DIARIO GIORNALIERO DELLE VAMPATE DI CALORE

data di inizio _____

nome _____

data di nascita _____

peso corporeo kg _____

altezza cm _____

circonferenza addominale cm _____

	LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO	DOMENICA	
Numero di vampate di calore nell'arco della giornata								
Numero di sudorazioni notturne								
Quanto sono durate?	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	<input type="checkbox"/> qualche secondo <input type="checkbox"/> alcuni minuti <input type="checkbox"/> più di 10 minuti	
Che effetto hanno avuto?	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> calore intenso <input type="checkbox"/> sudorazione <input type="checkbox"/> tachicardia <input type="checkbox"/> altro _____ _____
Cosa pensi possa aver scatenato le tue vampate di calore?	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____	<input type="checkbox"/> caffeina <input type="checkbox"/> alcool <input type="checkbox"/> cibi piccanti <input type="checkbox"/> bevande calde <input type="checkbox"/> situazioni di stress <input type="checkbox"/> cambiamenti di temperatura <input type="checkbox"/> fumo <input type="checkbox"/> altro _____ _____
Note aggiuntive e osservazioni generali								