

Appendix 1

مقياس تحسس الجهاز العصبي المركزي

الجزء الأول

التاريخ: _____

الإسم: _____

الرجاء اختيار الإجابة التي تعبر عن حالتك لكل من الفقرات التالية:

1.	أشعر بعدم الإنبعاث أو التعب عند الاستيقاظ من النوم
2.	عضلاتي متصلبة (متشنجة) وتؤلمني
3.	أشعر بنوبات من القلق
4.	أكر (أجز) على أسنانى
5.	أعاني من الاسهال وأو الامساك
6.	أحتاج مساعدة في أداء نشاطاتي اليومية
7.	أنا حساس تجاه الأصوات القوية (الساطعة)
8.	أشعر بالتعب بسرعة عند قيامي بأي نشاط
9.	أشعر بالألم في كل جسمي
10.	أعاني من الصداع
11.	أشعر بعدم ارتياح في المثانة وأو حرقة عند التبول
12.	لأنام بشكل جيد
13.	أعاني من صعوبة في التركيز
14.	عندى مشاكل جلدية مثل الجفاف أو الحكة أو الطفح الجلدي
15.	التوتر يجعل أعراضي الجسدية توسيع
16.	أشعر بالحزن أو الاكتئاب
17.	طاقتى منخفضة
18.	لدى شد عضلي في الرقبة والكتفين
19.	أشعر بألم في منطقة الفك
20.	بعض الروائح مثل العطور تجعلنى أشعر بالدوار والغثيان
21.	أحتاج للتبول باستمرار
22.	ساقاي تشعران بالتملل (عدم الراحة) عندما أخلد للنوم ليلاً
23.	أواجه صعوبة في تذكر الأشياء
24.	تعرضت لأذى جسدي أو نفسى في طفولتى
25.	أعاني من آلام في منطقة الحوض

مفتاح الخيارات: مطلقاً = 0؛ نادراً = 1؛ أحياناً = 2؛ غالباً = 3؛ دائماً = 4.

المجموع العام: _____ 100/

Appendix 1

مقياس تحسس الجهاز العصبي المركزي

الجزء الثاني

التاريخ:

الإسم:

هل تم تشخيصك بأي من الإعتلالات التالية:

الرجاء التأشير بجانب التشخيص وكتابة السنة التي شخصت فيها

الإعتلال	نعم	لا	سنة التشخيص
.1 متلازمة تململ الساقين			
.2 متلازمة الإرهاق المزمن			
.3 الألم العضلي التأيفي الفيبروميالجيا			
.4 الام مفصل الفك			
.5 الصداع النصفي أو الشقيقة			
.6 متلازمة القرلون العصبي			
.7 الحساسية لمواد كيمائية متعددة			
.8 إصابة في الرقبة			
.9 التوتير أو الهلع المزمن			
.10 الاكتئاب			