



Шкала А.М. Вейна для оценки вегетативных изменений¹

ФИО проводящего тестирование: _____ Место проведения тестирования: _____ Дата тестирования: __/__/_____	ФИО обследуемого: _____ Дата рождения: _____ Образование: _____ Род деятельности: _____	
	Да	Нет
1. Отмечаете ли Вы (при любом волнении) склонность к: а) покраснению лица б) побледнению лица	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. Бывает ли у Вас онемение или похолодание: а) пальцев кистей, стоп б) целиком кистей, стоп	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Бывает ли у Вас изменение окраски (побледнение, покраснение, синюшность) а) пальцев кистей, стоп б) целиком кистей, стоп	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. Отмечаете ли Вы повышенную потливость: (в случае ответа "ДА" подчеркните слово: <u>постоянная</u> или <u>при волнении</u>)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Бывают ли у Вас часто ощущения "замирания", "остановки сердца"	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Бывают ли у Вас часто ощущения затруднения дыхания, чувство "нехватки" воздуха, учащенное дыхание (в случае ответа «ДА» уточните: <u>при волнении</u> , <u>в душном помещении</u>)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Характерны ли для Вас нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта:		

склонность к запорам, поносам, "вздутию", боли в животе	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Бывают ли у Вас обмороки (внезапная потеря сознания или чувство, что можете его потерять) (если "ДА", уточните условия: <u>душное помещение,</u> <u>волнение,</u> <u>длительное пребывание в вертикальном положении</u>)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Бывают ли у Вас приступообразные головные боли (если "ДА", уточните: <u>только половина головы</u> <u>вся голова,</u> <u>сжимающие</u> <u>пульсирующие</u>)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Отмечаете ли Вы в настоящее время снижение работоспособности, быструю утомляемость	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Отмечаете ли Вы нарушение сна (в случае ответа "ДА" уточните: <u>трудность засыпания,</u> <u>поверхностный неглубокий сон с частыми пробуждениями,</u> <u>чувство невыспанности; усталости при пробуждении утром</u>)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Сумма баллов:		<input type="text"/>

1. Вегетативные расстройства (клиника диагностика лечение). Под редакцией А.М.Вейна. Медицинское информационное агентство. М.: 1998; 752 стр.