

# Шкала А.М. Вейна для оценки вегетативных изменений<sup>1</sup>

Фамилия, Имя, Отчество

Дата исследования

	ДА	НЕТ
1. Отмечаете ли Вы (при любом волнении) склонность к: а) покраснению лица б) побледнению лица	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Бывает ли у Вас онемение или похолодание: а) пальцев кистей, стоп б) целиком кистей, стоп	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Бывает ли у Вас изменение окраски (побледнение, покраснение, синюшность) а) пальцев кистей, стоп б) целиком кистей, стоп	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Отмечаете ли Вы повышенную потливость: (в случае ответа "ДА" подчеркните слово: <u>постоянная</u> или <u>при волнении</u> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Бывают ли у Вас часто ощущения "замирания", "остановки сердца"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Характерны ли для Вас нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: склонность к запорам, поносам, "вздутию", боли в животе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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</u> <u>пребывание в вертикальном положении</u> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Отмечаете ли Вы в настоящее время снижение работоспособности, быструю утомляемость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Отмечаете ли Вы нарушение сна (в случае ответа "ДА" уточните: <u>трудность засыпания</u> , <u>поверхностный</u> <u>неглубокий сон с частыми пробуждениями</u> , <u>чувство</u> <u>невыспанности; усталости при пробуждении утром</u> ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Сумма баллов**