

# Cartão de Consulta Lúpus/ LES

**Queixas neurológicas**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Dores musculares**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Efeitos secundários de medicamentos**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Queda de cabelo**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Insónia**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Boca ou olhos secos**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Problemas cardiovasculares**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Febre**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Problemas de pele**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Problemas nas articulações**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Total:**

**Nevoeiro mental**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Queixas psicológicas**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Dor**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Fadiga**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Total:**

**Sensibilidade ao sol**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10





## Como me sinto?

## As minhas três principais perguntas para o(a) médico(a) hoje