

AMS Опросник

Какие из симптомов наблюдаются у Вас в настоящее время? Пожалуйста, отметьте соответствующие квадратики для каждого симптома. Отсутствующие симптомы отметьте в квадратике «нет».

Симптомы:	нет	слабые	умерен- ные	выра- жен- ные	очень выра- женные
	-----	-----	-----	-----	-----
Баллы=	1	2	3	4	5
1. Ухудшение самочувствия и общего состояния (общее состояние здоровья, субъективные ощущения).....	<input type="checkbox"/>				
2. Боли в сочленениях и мышечные боли (боли в нижней части спины, боли в сочленениях, боли в пояснице, боли по всей спине)	<input type="checkbox"/>				
3. Повышенная потливость (неожиданные/внезапные периоды повышенного потоотделения, приливы жара, независимые от степени напряжения)	<input type="checkbox"/>				
4. Проблемы со сном (трудности с засыпанием, на протяжении сна, ранним пробуждением, чувство усталости, плохой сон, бессонница).....	<input type="checkbox"/>				
5. Повышенная потребность в сне, частое ощущение усталости	<input type="checkbox"/>				
6. Раздражительность (ощущения агрессивности, раздражения по пустякам, уныние)	<input type="checkbox"/>				
7. Нервозность (внутреннее напряжение, суетливость, беспокойство).....	<input type="checkbox"/>				
8. Тревожность (приступы паники)	<input type="checkbox"/>				
9. Физическое истощение / упадок жизненных сил (общее снижение работоспособности , пониженная активность, отсутствие интереса к занятиям досуга, сниженная самооценка, неудовлетворенность сделанным, достигнутым, необходимость заставлять) себя проявлять активность)	<input type="checkbox"/>				
10. Снижение мышечной силы (ощущение слабости)	<input type="checkbox"/>				
11. Депрессия (чувство подавленности, грусти, слезливость, отсутствие стимулов, колебания в настроения, чувство бесполезности).....	<input type="checkbox"/>				
12. Ощущение, что жизненный пик пройден	<input type="checkbox"/>				
13. Опустошенность, ощущение «дошел до ручки»	<input type="checkbox"/>				
14. Уменьшение роста бороды	<input type="checkbox"/>				
15. Снижение способности и частоты сексуальных отношений	<input type="checkbox"/>				
16. Снижение количества утренних эрекций	<input type="checkbox"/>				
17. Снижение сексуального желания / либидо (отсутствие удовольствия от секса, отсутствие желания сексуальных контактов)	<input type="checkbox"/>				

Наблюдайте ли Вы у себя какие-либо другие заметные симптомы? да нет.....

Если «да», опишите: _____

Большое спасибо за сотрудничество.