

Vilka av följande symtom passar in på dig idag? Var vänlig och kryssa i den ruta som är lämpligast för varje symtom. För symtom som inte är relevanta markerar du alternativet "inga".

Symtom:

	inga	lätt	lindrig	svår	mycket svår
	-----	-----	-----	-----	
Poäng	= 1	2	3	4	5
1. En känsla av minskat allmänt välbefinnande (allmänt hälsotillstånd, subjektiv känsla).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Smärta i leder och muskelvärk (smärta i ländryggen, ledvärk, smärta i ben eller armar, allmänna ryggbesvär).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Svåra svettningar (oväntade/plötsliga tillfällen av svettningar, svettningar ej relaterade till ansträngning).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sömnpblem (svårighet vid insomning, svårighet att sova utan sömnstörningar/avbrott, vaknar tidigt med en känsla av trötthet, dålig sömn, sömnlöshet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ökat sömnbehov, känner mig ofta trött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lättretlighet (känsla av irritation/aggressivitet, blir lätt upprörd för småsaker, lynnighet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nervositet (inre spändhet, oro/rastlöshet, känsla av otålighet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ängslan (panikkänsla).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fysisk utmattning / brist på vitalitet (allmänt försämrad prestationsförmåga, mindre aktiv, bristande intresse för fritidsaktiviteter, en känsla av att få mindre gjort, av att utträta mindre, av att behöva tvinga sig själv för att företa aktiviteter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avtagande muskelstyrka (känsla av svaghet).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Depressiv sinnesstämning (nedstämd, dyster/ledsen, på gränsen till tårar, orkeslöshet, humörsvängningar, en känsla av att inget nyttjar något till)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. En känsla av att du passerat din toppnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Känsla av utbrändhet, har nått absoluta botten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avtagande skäggväxt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avtagande förmåga/frekvens att prestera sexuellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Minskat antal morgonerektioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avtagande begär/könsdrift (bristande sexuell njutning, bristande begär för att ha samlag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du några andra svårare symtom?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	
Om Ja, var vänlig och beskriv: _____					

TACK FÖR DIN MEDVERKAN