

## Kwestionariusz objawów starzenia się mężczyzn (AMS)

Które z poniższych objawów zauważa Pan obecnie u siebie? Proszę przy każdym objawie zaznaczyć właściwą odpowiedź. Jeśli nie zauważa Pan danego objawu, proszę zaznaczyć „brak”.

Objawy:	brak	łagodny	umiarkowany	poważny	bardzo poważny
	----- ----- ----- -----				
Wynik =	1	2	3	4	5
1. <b>Pogorszenie ogólnego samopoczucia</b> (stan zdrowia, subiektywne poczucie zdrowia) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <b>Ból stawów i mięśni</b> (ból w dolnej części pleców, ból stawów, ból kończyn, ogólnie ból pleców).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <b>Nadmierne pocenie się</b> (niespodziewane/nagłe momenty pocenia się, uderzenia gorąca niezwiązane z napięciem).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <b>Problemy ze snaniem</b> (trudności z zasypianiem, trudności z przespaniem nocy, budzenie się wczesnie rano z poczuciem, że jest się zmęczonym, kiepski sen, bezsenność) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>Zwiększona potrzeba snu, częste poczucie zmęczenia</b> ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <b>Drażliwość</b> (poczucie agresji, łatwe denerwowanie się z powodu drobiazgów, zły humor).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <b>Nerwowość</b> (napięcie wewnętrzne, niepokój, niemożność bycia spokojnym i zrelaksowanym).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <b>Lęk</b> (wpadanie w panikę) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. <b>Wyczerpanie fizyczne/brak energii</b> (ogólny spadek sprawności, obniżona aktywność, brak zainteresowania zajęciami wykonywanymi w czasie wolnym, poczucie, że udaje się mniej zrobić, że osiąga się mniej, że trzeba się zmuszać do wykonywania różnych czynności) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <b>Spadek siły mięśni</b> (poczucie słabości).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <b>Przygnębienie</b> (przybity, smutny, na granicy łez, brak motywacji, huśtawka nastrojów, poczucie, że nic nie ma sensu).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. <b>Poczucie, że najlepsze ma się już za sobą</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. <b>Poczucie wypalenia, sięgnięcia dna</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. <b>Zmniejszający się zarost</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. <b>Spadek zdolności/częstotliwości uprawiania seksu</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. <b>Spadek liczby porannych erekcji</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. <b>Spadek pożądania seksualnego/libido</b> (brak przyjemności z seksu, brak ochoty na seks).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Czy zauważa Pan jakieś inne istotne objawy?**

Tak.....  Nie.....

Jeśli tak, proszę je opisać: \_\_\_\_\_

**DZIĘKUJEMY BARDZO ZA POMOC**