

AMS Spørgeskema (Danish version of the AMS)

Hvilke af de følgende symptomer oplever du for tiden? Sæt kryds ved det relevante svar for hvert symptom. For symptomer du ikke oplever, sæt kryds ved "ingen".

Symptomer:

	ingen	lidt	noget	meget	rigtig meget
	----- ----- ----- -----				
	Point = 1	2	3	4	5
1. Forningelse af dit generelle velbefindende (generel helbredstilstand, opfattelse af livskvalitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Led- og muskelsmerter (smerter i lænd, led, lemmer og ryg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sveder usædvanligt meget (sveder uventet/pludseligt, svedeture uafhængigt af fysisk eller følelsesmæssigt anspændthed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Søvnforstyrrelser (problemer med at falde i søvn, problemer med at sove igennem, vågner tidligt og føler dig træt, sover dårligt, søvnløshed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Øget behov for søvn, føler dig ofte træt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Irritabel (føler dig aggressiv, bliver nemt irriteret over småting, gnaven)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nervøsitet (indre spænding, rastløs, føler dig urolig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ængstelig (føler panik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fysisk udmattelse/mangler energi (generel forringelse af præstationsevne, reduceret aktivitet, manglende interesse i fritidsaktiviteter, en følelse af at overkomme mindre, at opnå mindre, at skulle presse dig selv til at foretage dig noget)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Formindsket muskelstyrke (føler dig svag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Deprimeret (føler dig nede, bedrøvet, på nippet til at græde, mangler motivation, humørsvingninger, føler at intet er til nogen nytte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Føler at du har passeret dit højdepunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Føler dig udbændt, at du har nået et absolut lavpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Aftagende skægvekst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Forninget potens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fald i antallet af rejsninger om morgenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Forninget lyst til sex (mangler nydelse ved sex, mangler lyst til samleje)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du nogle andre væsentlige symptomer?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	

Hvis ja, beskriv venligst: _____

MANGE TAK FOR DIN DELTAGELSE.