

Questionnaire AMS
(Questionnaire sur les signes du vieillissement chez l'homme)

Parmi les symptômes suivants, lesquels ressentez-vous actuellement ? Veuillez cocher la case correspondant à ce que vous ressentez pour chacun des symptômes. Si vous ne ressentez pas l'un des symptômes cités, veuillez cocher la case "Pas du tout".

Score =	Intensité des symptômes :				
	Pas du tout 1	Légers 2	Modérés 3	Sévères 4	Très sévères 5
1. Diminution du sentiment de bien-être général (état de santé, perception subjective de la santé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Douleurs articulaires et musculaires (mal aux reins, douleurs articulaires, douleurs dans un membre, mal au dos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Transpiration excessive (transpiration soudaine et inattendue, bouffées de chaleur non liées à un effort physique ou à un état de stress)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problèmes de sommeil (difficultés à s'endormir, réveils pendant la nuit, réveil trop matinal avec sensation de fatigue, sommeil de mauvaise qualité, insomnie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Besoin accru de sommeil, sensation fréquente de fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Irritabilité (agressivité, s'énerve vite pour des broutilles, d'humeur instable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nervosité (tendu, agité, ne tient pas en place)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Angoisse (pouvant aller jusqu'à la panique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Grande fatigue/manque de vitalité (baisse générale des performances, diminution de l'activité, n'avoir rien envie de faire, impression d'en faire moins qu'avant ou de devoir se forcer pour entreprendre quelque chose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Diminution de la force musculaire (sensation de faiblesse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Humeur dépressive (se sent déprimé, triste, au bord des larmes, manque d'entrain, sautes d'humeur, sentiment d'inutilité de tout)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Impression de ne plus être au maximum de vos possibilités, que le meilleur est derrière vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sentiment de découragement, d'avoir touché le fond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ralentissement de la pousse de la barbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Diminution des performances sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Diminution du nombre d'érections matinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Diminution du désir sexuel, manque de plaisir pendant les relations sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ressentez-vous d'autres symptômes importants ?

Oui

Non

Si oui, lesquels : _____

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COOPÉRATION