

Quais dos seguintes sintomas se aplicam neste momento ao seu caso pessoal? Por favor assinale o quadrado apropriado para cada sintoma. Para os sintomas que não se aplicam ao seu caso, por favor assinale o quadrado "nenhum".					
Sintomas:	nenhum	ligeiro	moderado	grave	multíssimo grave
	-----	-----	-----	-----	
Pontuação =	1	2	3	4	5
<b>1. Declínio da sua sensação de bem estar geral</b> (estado geral de saúde, sensação subjectiva).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Dores nas articulações e dores musculares</b> , (dor na base das costas, dor nas articulações, dor num membro, dores de costas em geral).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Sudação excessiva</b> (episódios inesperados/súbitos de sudação, afrontamentos independentes de esforço).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. Problemas de sono</b> (dificuldades em adormecer, dificuldades em dormir toda a noite, acordar cedo e sentir-se cansado, sono agitado, insónia).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Aumento da necessidade de dormir, sentir-se frequentemente cansado</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. Irritabilidade</b> (sentir-se agressivo, facilmente perturbado com pequenas coisas, com humor instável).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. Nervosismo</b> (tensão interior, agitação, sentir-se desassossegado).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. Ansiedade</b> (sentimento de pânico).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Exaustão física/Falta de vitalidade</b> (diminuição geral de performance, actividade reduzida, falta de interesse em actividades de lazer, sensação de produzir menos, de alcançar menos, de ter de se forçar para empreender actividades).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Diminuição da força muscular</b> (sensação de fraqueza).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Estado de espírito depressivo</b> (sentir-se em baixo, triste, à beira das lágrimas, com falta de energia, alterações de humor, sensação de que nada vale a pena).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. Sensação de que já passou o seu ponto máximo</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Sentir-se esgotado/sentir que chegou ao ponto mais baixo</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Diminuição do crescimento da barba</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. Diminuição da capacidade/frequência do desempenho sexual</b> ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16. Diminuição do número de erecções matinais</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17. Diminuição do desejo sexual/do libido</b> (ausência de prazer no sexo, ausência de desejo de relações sexuais).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem mais alguns sintomas importantes?	Sim..... <input type="checkbox"/>		Não..... <input type="checkbox"/>		
<b>Se sim, por favor descreva-os</b> _____					
<b>Muito obrigada pela sua colaboração</b>					