

AMS

Quale dei seguenti disturbi hai in questo periodo? Per favore, fai una crocetta sulla casella appropriata per ogni disturbo. Per i disturbi che non ti riguardano, segna "assente"

Disturbi:	INTENSITA'				
	<u>assente</u>	<u>lieve</u>	<u>media</u>	<u>grave</u>	<u>molto grave</u>
	-----	-----	-----	-----	-----
Punteggio	= 1	2	3	4	5
1. Calo nella sensazione di benessere generale (stato generale di salute, sensazione soggettiva)	<input type="checkbox"/>				
2. Dolori articolari e muscolari (lombalgie, dolore articolare, dolore ad un arto, mal di schiena)	<input type="checkbox"/>				
3. Eccessiva sudorazione (episodi improvvisi/inaspettati di sudorazione, vampate di calore indipendenti dalla fatica)	<input type="checkbox"/>				
4. Problemi di sonno (difficoltà a prendere sonno, ripetuti risvegli durante il sonno, risveglio precoce e con senso di stanchezza, sonno leggero, insonnia)	<input type="checkbox"/>				
5. Aumentato bisogno di sonno, sentirsi spesso stanco	<input type="checkbox"/>				
6. Irritabilità (sentirsi aggressivo, arrabbiarsi facilmente per piccole cose, sbalzi di umore)	<input type="checkbox"/>				
7. Nervosismo (tensione interna, agitazione, senso di irrequietezza)	<input type="checkbox"/>				
8. Ansia (sensazione di panico)	<input type="checkbox"/>				
9. Esaurimento fisico/perdita di vitalità (calo di rendimento generale, riduzione dell'attività fisica, mancanza di interessi nel tempo libero, sensazione di ottenere scarsi risultati, doversi forzare per iniziare qualcosa)	<input type="checkbox"/>				
10. Riduzione della forza muscolare (senso di debolezza fisica)	<input type="checkbox"/>				
11. Umore depresso (sentirsi giù, tristi, sul punto di piangere, mancanza di entusiasmo, sbalzi d'umore, sentire che le cose perdono importanza)	<input type="checkbox"/>				
12. Sensazione di avere oltrepassato il periodo migliore della vita	<input type="checkbox"/>				
13. Sentirsi spenti, avere toccato il fondo	<input type="checkbox"/>				
14. Calo nella crescita della barba	<input type="checkbox"/>				
15. Diminuzione dell'attività sessuale	<input type="checkbox"/>				
16. Riduzione nel numero di erezioni mattutine	<input type="checkbox"/>				
17. Calo del desiderio sessuale/libido	<input type="checkbox"/>				

Hai un qualunque altro disturbo importante? **Sì** **No**

Se sì, per favore descrivilo: _____

Scala di gravità

1. Attribuisce un punteggio da 1 a 5 per ognuna delle 17 domande
2. Somma i punteggi ottenuti
3. Il punteggio totale viene così interpretato:
 - a. da 17 a 26: sintomi assenti;
 - b. da 27 a 36: sintomi lievi;
 - c. da 37 a 49: sintomi moderati;
 - d. \geq di 50: sintomi severi.