

استبيان للرجال فوق سن 40

اللقب: _____ الاسم: _____

تاريخ الميلاد: _____ تاريخ الاستطلاع: _____

أي الأعراض التالية تُعاني منها في الوقت الحالي؟ يُرجى توضيح مدى شدة إصابتك بها. إذا كنت لا تُعاني من أحد الأعراض المذكورة، يُرجى الإشارة إلى "لا يوجد".

الأعراض النقاط =	قوية للغاية 5	قوية 4	متوسطة 3	ضعيفة 2	لا توجد 1
تدهور الصحة العامة (الحالة الصحية، الاستجابة الصحية الذاتية)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اضطرابات المفاصل والعضلات (الآلم العُزوي الحرقفي، الآلم المفاصل، الآلم الروماتيزمية، آلم الظهر)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التعرق الشديد (نوبات التعرق الفجائية/غير المتوقعة، هبات الحرارة، غير المتعلقة بالجهد)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اضطرابات النوم (اضطرابات في الخلود إلى النوم، اضطرابات أثناء النوم، الاستيقاظ مبكراً للغاية وفي حالة إجهاد، اضطرابات النوم، الأرق)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
زيادة الحاجة إلى النوم، الإجهاد الدائم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الإجهاد البدني/انخفاض طاقة الجسم (انخفاض القدرة بشكل عام؛ ضعف النشاط، فقدان الرغبة في القيام بشيء؛ ضعف المشاعر وقلتها؛ ضرورة تحفيز الذات للقيام بشيء)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضعف القوة العضلية (الشعور بالوهن)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سرعة الانفعال (العدوانية، الغضب السريع نتيجة لأمر بسيط، التشوش)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
العصبية (التوتر الداخلي، عدم الراحة الداخلية، فرط الحركة)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
القلق (الفرح)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مزاج اكتئابي (البأس، الحزن، التذمر، فقدان الدافع، التقلبات المزاجية، الشعور بالفشل)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الشعور بالحزن، وصل إلى درجة الرغبة بالموت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تجاوز الشعور بقيمة الحياة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضعف نمو شعر اللحية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضعف القوة الذكورية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
انخفاض عدد الانتصابات الصباحية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ضعف الرغبة الجنسية (قلة الاستمتاع بالجنس، ضعف الرغبة في ممارسة الجنس)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

إجمالي عدد النقاط

استبيان للرجال فوق سن 40

التقييم

إجمالي عدد النقاط
قوة الأعراض

26-17 36-27 49-37 50 ≤

لا توجد ضعيفة متوسطة قوية

إذا كان إجمالي عدد النقاط ≤ 37 ، يوصى بإجراء قياس لمستوى التستوستيرون.

إجمالي عدد النقاط من 17 إلى 26
لا داعي للقلق. فلا توجد لديك أعراض واضحة. وبمجرد تزايد الأعراض، يجب عليك استشارة طبيبك/طبيبتك على الفور، لتوضيح الأعراض التي تعاني منها.

إجمالي عدد النقاط من 27 إلى 50
تظهر الأعراض التي تعاني منها بشكل ضعيف، أو متوسط أو قوي. قد تكون أحد الأسباب المحتملة لذلك هو انخفاض إنتاج الجسم من التستوستيرون (منشطات الذكورة). يُرجى استشارة طبيبك/طبيبتك على الفور مع اصطحاب الاستبيان المُجاب عليه، لتوضيح الأعراض التي تعاني منها.

المصدر: Heinemann et al.: The Aging Males' Symptoms (AMS) rating scale. Cultural and linguistic validation into English. The Aging Male 2001; 4 (1): 14-22.

يُرجى الإجابة في حالة معرفة القيم فقط!

محيط البطن (سم) _____ الطول (سم) _____ الوزن (كجم) _____ ضغط الدم (مم زئبق) _____ / _____

التاريخ/ توقيع المريض:
