

## FORMULÁRIO PARA SINTOMAS MASCULINOS

Nome: \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_

- A listagem de sintomas abaixo poderá ser usada no auxílio da interpretação dos laudos para determinar sintomas específicos do possível desequilíbrio hormonal.
- Imprima, preencha e envie junto com as amostras de saliva.

### Grupo 1: Avaliação Básica

Anote os sintomas que mais lhe incomodam, trazem desconforto ou persiste com o passar do tempo.

- Rubores ou ondas de calor
- Suores noturnos
- Aumento da urgência urinária
- Diminuição do fluxo urinário
- Diminuição da libido
- Incontinência urinária
- Disfunção erétil
- Ganho de Peso
- Aumento da circunferência abdominal
- Problemas de próstata
- Diminuição da massa muscular
- Insônia
- Distúrbios do sono
- Problemas de infertilidade
- Problemas de pele / alergias / asma
- Aumento da oleosidade da pele
- Perda de cabelos

### Grupo 2: Avaliação Complementar

- Sintomas depressivos
- Aumento da labilidade emocional
- Alterações de humor
- Humor deprimido
- Irritabilidade excessiva
- Suscetibilidade a infecções
- Avidéz por doces ou carboidratos
- Ansiedade
- Sensação de incapacidade
- Cansaço freqüente

- [ ] Dificuldade de concentração
- [ ] Pensamentos constantes num mesmo assunto
- [ ] Agressividade / raiva prolongada
- [ ] Problemas de memória
- [ ] Ereção Matinal [ ] Diária [ ] 2 a 3 vez na semana [ ] < 2 vezes por semana
- [ ] Doença Crônica Cite: \_\_\_\_\_
- [ ] Outros. Quais? \_\_\_\_\_

### Grupo 3: Uso de Medicações

Anote todas as **MEDICAÇÕES** que está ou esteve fazendo uso nas últimas semanas, mesmo que sem a recomendação médica.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_