

## التأثيرات الجانبية للأدوية والالتزام بالعلاج

تم تنفيذه ذاتياً من قبل العضو أو الطبيب

1. هل تتناول حالياً أي أدوية موصوفة؟

نعم

لا ← انتقل للسؤال رقم 2

غير متأكد/لا أعرف ← انتقل للسؤال رقم 2

2. ما هي التأثيرات الجانبية التي تعاني منها حالياً من دوائك؟

أشر على كل ما ينطبق.

تخدير أثناء النهار / نعاس / نوم لفترات طويلة

مشاكل في الذاكرة أو التركيز

تغيرات في الشهية أو الوزن

العضلات متوترة جداً أو لا تتحرك أو ترتجف أو تهتز

شعور بالقلق أو التوتر أو الحاجة إلى التحرك والمشي ذهاباً وإياباً

رؤية ضبابية أو جفاف الفم أو الإمساك أو احتباس البول أو التردد

تغييرات في الأداء الجنسي

مشاكل في الدورة الشهرية أو الثدي (للنساء فقط)

شعور على غير العادة

غير ذلك (حدد: \_\_\_\_\_)

لا شيء