



Część I – INFORMACJE OGÓLNE

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Czy obecnie Pani miesiączkuje?

Tak Nie Nie, z powodu leczenia
(np. terapia onkologiczna)

Data ostatniej miesiączki:

Data ostatniego badania
cytologicznego:

Data ostatniego USC
piersi/mammografii:

Czy przyjmuje Pani hormonalną terapię
menopauzalną?

Tak Nie Kiedyś, ale przerwałam
(powód):

Czy przeszła Pani leczenie onkologiczne?

Nie
Tak, typ nowotworu:

Obecnie jestem w trakcie hormonoterapii
(np. tamoksyfen):

Tak Nie

Część II – OBJAWY MENOPAUZALNE

Proszę ocenić, na ile dokuczają Pani następujące objawy w skali 0–3
0 – brak | 1 – łagodne | 2 – umiarkowane | 3 – silne:

uderzenia gorąca/poty nocne:

0 1 2 3

suchość pochwy/ból przy współżyciu:

0 1 2 3

spadek libido:

0 1 2 3

zaburzenia snu:

(trudności z zasypianiem, wybudzanie)

0 1 2 3

ogólne zmęczenie/brak energii:

0 1 2 3

drażliwość/zmienność nastroju:

0 1 2 3

stany lękowe lub uczucie niepokoju:

0 1 2 3

nasilony smutek/depresja:

0 1 2 3

zaburzenia pamięci/koncentracji:

0 1 2 3

bóle stawów/kręgosłupa:

0 1 2 3

suchość skóry/wypadanie włosów:

0 1 2 3

częste oddawanie moczu

/nietrzymanie moczu:

0 1 2 3

Część III – OGÓLNY STAN ZDROWIA

Leczone choroby przewlekłe:

choroby tarczycy (np. Hashimoto)

insulinooporność/cukrzyca

nadciśnienie

osteoporoza/osteopenia

choroby autoimmunologiczne

zaburzenia psychiczne

inne:

Przyjmowane leki (stałe i okresowo):

Czy przeszła Pani operacje
ginekologiczne/onkologiczne?

Tak – jakie:

Nie

Choroby nowotworowe w rodzinie
(czyje i jakie):

Ankieta dotycząca stanu zdrowia

Część IV – STYL ŻYCIA

Ile godzin śpi Pani na dobę?

Jak Pani ocenia jakość swojego snu?

Skala 1-10 (1 – bardzo zły, 10 – bardzo dobry):

Czy w nocy budzi się Pani (np. z powodu potów, parcia na pęcherz, niepokoju)?

Nie

Tak, ile razy:

Aktywność fizyczna (typ i częstotliwość):

Dieta:

tradycyjna

wegetariańska

wegańska

bezglutenowa

niskowęglowodanowa

inna:

O której godzinie zjada Pani kolację?

Stosowanie używek:

alkohol: nie sporadycznie regularnie

papierosy: nie sporadycznie regularnie

kawa: nie sporadycznie regularnie

herbata: nie sporadycznie regularnie

marihuana

lecnicza: nie sporadycznie regularnie

inne (jakie? jak często?):

Część V – SFERA PSYCHOSEKSUALNA I EMOCJONALNA

Czy zauważyła Pani u siebie obniżenie nastroju lub poziomu motywacji?

Nie

Tak – od kiedy:

Czy odczuwa Pani lęk, napięcie, napady paniki?

Nigdy

Sporadycznie

Często

Czy ma Pani problemy w relacjach /związku/sferze intymnej?

Nie

Tak, bolesne współzycie

Tak, inne

Czy korzystała Pani z pomocy psychologa /psychiatry?

Tak

Nie, ale rozważam

Nie, nie potrzebuję

Tak, ale zrezygnowałam

Część VI – CELE I OCZEKIWANIA

Jakie objawy menopauzy uważa Pani u siebie za najbardziej dotkliwe?

Spadek jakości snu

Uderzenia gorąca / nocne poty

Pogorszenie samopoczucia psychicznego

Obniżenie libido

Pogorszenie relacji społecznych/rodzinnych

Słabsze funkcje poznawcze

Pogorszenie stanu skóry i włosów

Nietrzymanie moczu

Bóle stawów / słabsza mobilność

Zmiana masy ciała

Atrofia pochwy

Inne:

Czy jest Pani gotowa na zmianę stylu życia/terapię?

Tak, chętnie

Tak, ale potrzebuję pomocy

Nie jestem jeszcze gotowa