



## Część I – INFORMACJE OGÓLNE

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Czy obecnie Pani miesiączkuje?

Tak    Nie    Nie, z powodu:

Data ostatniej miesiączki:

Data ostatniego badania  
cytologicznego:

Data ostatniego badania  
USG piersi:

Data ostatniej  
mammografii:

Czy przyjmuje Pani hormonalną terapię  
menopauzalną?

Tak    Nie    Kiedyś, ale przerwałam

Jeśli Pani przerwała to z jakiego powodu?

## 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

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

bóle głowy/migreny:

0            1            2            3

kołatanie serca:

0            1            2            3

zwolniony metabolizm:

0            1            2            3

stany lękowe, uczucie niepokoju lub napięcia:

0            1            2            3

nasilony smutek/depresja:

0            1            2            3

zaburzenia pamięci/koncentracji/mgła mózgowa:

0            1            2            3

bóle stawów/kręgosłupa/mięśni:

0            1            2            3

suchość skóry/wypadanie włosów/suchość w ustach:

0            1            2            3

częste oddawanie moczu/nietrzymanie moczu:

0            1            2            3

suchość pochwy/ból przy współżyciu:

0            1            2            3

spadek libido:

0            1            2            3

inne:

## Część III – OGÓLNY STAN ZDROWIA

Leczone choroby przewlekłe:

choroby autoimmunologiczne (np. Hashimoto)  
insulinooporność/cukrzyca/zespół metaboliczny  
nadciśnienie  
choroby krążenia  
anemia/niska ferrytyna

otyłość

osteoporoza/osteopenia

zaburzenia psychiczne

inne:

# Ankieta dotycząca stanu zdrowia

## Część III – OGÓLNY STAN ZDROWIA

Przyjmowane leki (stale i okresowo):

Tak, typ nowotworu:

Czy przeszła Pani operacje ginekologiczne?

Tak – jakie:

Nie

Czy przeszła Pani leczenie onkologiczne?

Nie

Obecnie jestem w trakcie hormonoterapii:

Tak    Nie

Choroby nowotworowe w rodzinie (czyje i jakie):

## Część IV – STYL ŻYCIA

Ile godzin śpi Pani na dobę?

Jak Pani ocenia jakość swojego snu?

Skala 1-5 (1 – bardzo zły, 5 – 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

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

inne (jakie? jak często?):

## 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: