

## Frågeformulär inför ditt gynbesök.

Vilka av följande symtom stämmer in på dig för tillfället?  
 Sätt ett kryss i den ruta som passar bäst för varje symtom.  
 För symtom som inte är aktuella, markera "inga".

Inga      lindriga      måttliga      svår      mycket svåra  
 0            1            2            3            4

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Blodvullningar, svettningar (tillfälliga svettningar) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hjärtproblem (ovanlig medvetenhet av hjärtslag, hjärtat hoppar över ett slag, hjärtklappning, spändhet??) .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sömnpblem (svårigheter att somna, svårigheter att sova hela natten, vaknar tidigt) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Deprimerad (känner sig nere, ledsen, på gränsen att börja gråta, brist på energi, humörsvingningar) .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Retlighet (känner nervositet, inre spänningar, känner aggressivitet) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Oro (inre rastlöshet, panikkänslor) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Fysisk och mental utmattning (försämrad prestationsförmåga i allmänhet, försämrat minne, koncentrationssvårigheter, glömska) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sexuella problem (ändring av sexuell lust, i sexuell aktivitet och tillfredsställelse) .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Urinblåseproblem (svårigheter att urinera, ökat behov av att urinera, inkontinens) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Slidtorrhet (torr eller brännande känsla i slidan, svårigheter vid samlag) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Led- och muskelbesvär (ont i lederna, reumatiska besvär) .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Menopause Rating Scale (MRS)

Vikt \_\_\_\_\_ kg

Längd \_\_\_\_\_ cm

Menopause \_\_\_\_\_ år

Fött barn?      vaginalt     kejsarsnitt

Sjukdomar?    diabetes     sköldkörtel     bröstcancer     propp     hjärt / kärl

Blodtryck \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*OBS! boka tid på din vårdcentral eller Apoteket för ett blodtryck inför besöket.*

Skriv ut, fyll i och lämna till läkaren vid besöket.