

Enkät för kvinnor med hormonsubstitution :

Nummer:

1. **Ålder:**

2. **Vid vilken ålder hade du din sista menstruation:**

Vid ____ års ålder.

3. **Har du opererat bort livmodern?**

Ja ___ Nej ___ Orsak:

4. **Har dina äggstockar blivit bortopererade ?**

Ja ___ Nej ___ Orsak:

5. **Kände du dig nedstämd efter förlossning ?**

Markera graden med ett kryss på en skala från 0 till 10 där.

0 inte alls och 10 väldigt mycket
0 -----10

6. **Hade du någon/några av följande besvär före menstruation : spänningar, bröstömhet, svullna bröst, dålig humör ?**

Markera graden med ett kryss på en skala från 0 till 10 där.

0 inte alls och 10 väldigt mycket
0 -----10

7. Hade du humörsvängningar medan du åt p-piller

Markera graden med ett kryss på en skala från 0 till 10 där

0 inte alls och 10 väldigt ofta

0 ----- 10

Inte använt P-piller

8. Har du någonsin haft episod av depression?

Markera graden med ett kryss på en skala från 0 till 10 där.

0 inte alls och 10 väldigt mycket

0 ----- 10

9. Har du tappat din sexuella lust?

Markera graden med ett kryss på en skala från 0 till 10, där:

0 inte alls och 10 väldigt mycket

0 ----- 10

10. Är du nöjd med ditt nuvarande sexuella förhållande?

Markera graden med ett kryss på en skala från 0 till 10 där.

0 inte alls och 10 väldigt mycket

0 ----- 10

11. Har samlag blivit obehagligt pga torrhet i slidan?

Markera graden med ett kryss på en skala från 0 till 10, där.

0 inte alls och 10 väldigt mycket

0 ----- 10

12. Har du behandlats mot övergångsbesvär med östrogenterapi?

Ja ___ Nej ___

Om Ja, ringa in preparatnamn och antal månader :

Östrogen -	Progynon:	månader
	Evorel eller Estraderm:	månader
	Premarina:	månader
	Annat :	månader
—	—	—
Progestogener-	Gestapuran:	månader
	Provera:	månader
	Primolut Nor:	månader
	Annat:	månader
Kombination-	Cyklabil:	månader
	Trisekvens:	månader
	Divina:	månader
Kombination-	Trivina:	månader
	Kliogest:	månader
	Estracomb:	månader
	Annat:	månader

13. Varför använd(e)r Du östrogenterapi?

a. För att lindra övergångsbesvär som : blodvallningar, svettningar ___

b. För att förbättra:

sömnen ___

sexlivet ___

minnet och/eller koncentrationsförmågan ___

(eller stabilisera) humöret _

- c. För att hålla dig ung eller behålla utseendet eller goda formen : __
- d. För att förebygga benskörhet: ____
- e. För att förebygga hjärt-kärlsjukdomar : ____
- f. Annat : _____

14. Har du bytt från ett preparat till ett annat (bland de angivna i fråga 12) ?

Ja __ Nej __

Om ja, anledningen var :

- a. Ingen förbättring : __
- b. Biverkningar: __
- d. Olämpliga doser: __
- e. Annat : _____

15. Varför har du slutat med östrogenterapin? Ange orsaken:

- Utebliven effekt: __
- Oregelbundna eller rikliga blödningar: __
- Viktökning : __
- Bröstömhet eller svullna bröst: __
- Humörsvängningar: __
- Depression: __
- Minskad sexuell lust: __
- Illamående: __
- Ökad aptit : __
- Huvudvärk : __
- Utslag pga plåster: __
- Hudförändringar : __
- Hårförändringar : __

Ångest för cancer: ___

För dyrt : ___

Annat : _____

16. Använder du för närvarande östrogenterapi ?

Ja _

Nej _

Om Ja, ringa in preparatnamn och antal månader som Du använt preparatet:

Östrogen -	Progynon:	månader
	Evorel eller Estraderm:	månader
	Menorest eller Femseven:	månader
	Premarina:	månader
	Annat :	månader
Gestagener:	Gestapuran:	månader
	Provera:	månader
	Primolut Nor:	månader
	Annat:	månader
Kombination-	Cyklabil:	månader
	Trisekvens:	månader
	Divina:	månader
Kombination-	Trivina:	månader
	Kliogest:	månader
	Estracomb:	månader
	Estalis:	månader
	Annat:	månader

17. Har du märkt någon positiv förändring under den senaste östrogenterapin ?

Försök att markera effekten med ett kryss på en skala från 0 till 10, där :

0 = minimal positiv effekt, nästan omärkbar.

10 = maximal positiv effekt.

a. Lindring av blodvallningar och/eller minskning av svettningar:

0 ----- 10

b. Förbättrad humör:

0 ----- 10

c. Ökad sexuell lust:

0 ----- 10

d. Bättre sömn:

0 ----- 10

e. Ökad livsglädje och mer aktiv :

0 ----- 10

f. Förbättrat minne och koncentrationsförmåga :

0 ----- 10

g. Lindring av ben och/eller ryggvärk:

0 ----- 10

h. Lindring av urinvägsbesvär :

0 ----- 10

i. Lindring av besvär från slidan:

0 ----- 10

j. Annat :

0 ----- 10

18. Har du märkt någon negativ förändring under den senaste östrogenterapin

Försök att markera effekten med ett kryss på en skala från 0 till 10, där :

0 = minimal negativ effekt, nästan omärkbar.

10 = maximal negativ effekt, nästan outhärdlig.

a. Oregelbundna eller rikliga blödningar :

0 ----- 10

b. Viktökning :

0 ----- 10

c. Bröstömhet eller svullna bröst :

0 ----- 10

d. Humörsvängningar:

0 ----- 10

e. Nedstämdhet:

0 ----- 10

f. Minskad sexuell lust:

0 ----- 10

g. Illamående:

0 ----- 10

h. Ökad aptit :

0 ----- 10

i. Huvudvärk:

0 ----- 10

j. Utslag pga plåster :

0 ----- 10

k. Hudförändringar:

0 ----- 10

l. Hårförändringar :

0 ----- 10

m. Annat :

0 ----- 10