

Frågor rörande menstruation och övergångsbesvär

ID
nr

--	--	--	--	--

Sätt kryss (x) i lämplig ruta, för det alternativ som stämmer bäst med Din situation.
Endast ett "x" på varje fråga där annat ej anges.

Har Du menstruation varje månad?

- = Ja, regelbundet varje månad — (Gäller även om Du har regelbunden menstruation på grund av att Du äter hormontabletter.)
- = Ibland, men inte så regelbundet som tidigare, eller att menstruationen har upphört de senaste 5 månaderna
- = Nej, det är mer än 6 månader sedan den upphörde

Hur gammal var Du när menstruationerna fullständigt upphörde?

(Ifylls av kvinnor som inte längre har menstruation) Ålder [] [] år

Besväras Du för närvarande av

- | Ja | Nej | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blodvallningar? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Svettningar? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sköra slemhinnor i underlivet? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Urinläckage i samband med ansträngning? |

Har Du tagit hormontabletter/plåster (östrogen) mot klimakteriebesvär den senaste månaden? (Ifylls av kvinnor som inte längre har någon menstruation)

Ja (fyll i namnet på preparatet på medicinlistan)

Nej

Om ja, när började Du År 19 [][]

Har Du tidigare, men inte nu längre, använt hormontabletter/plåster mot klimakteriebesvär?

Ja

Nej

Om ja, mellan vilka årtal började år 19 [][]
slutade år 19 [][]

Har Du fått båda äggstockarna bortopererade?

Ja

Nej

Om ja, vilket årtal År 19 [][]

Har Du fått livmodern bortopererad?

Ja

Nej

Om ja, vilket årtal År 19 [][]