

Vragenlijst intake menopauze / perimenopauze

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Datum invullen: _____

1. Huidige menstruatie en cyclus

1. Is uw menstruatiecyclus momenteel onregelmatig? Ja Nee
2. Zo ja, wat is er veranderd? _____
3. Gemiddelde duur van uw cyclus: ____ dagen
4. Hoeveel dagen duurt uw menstruatie gemiddeld? ____ dagen
5. Hoe ervaart u het bloedverlies? Licht Normaal Hevig Wisselend
Toelichting: _____
6. Leeftijd overgang moeder (indien bekend): ____ jaar / Onbekend

2. Greene's climacteriële scorelijst

Wilt u in de onderstaande tabel iedere overgangsklacht een cijfer geven? De cijfers geven de ernst van uw klachten aan.

0 = klachten zijn afwezig

1 = af en toe aanwezig (komt voor, maar niet storend)

2 = vaak aanwezig (storend in mijn activiteiten)

3 = heel vaak aanwezig (activiteiten moeten onderbroken worden)

Klachten	0	1	2	3
01. Aanvallen van hartkloppingen				
02. Gespannen of nerveus gevoel				
03. Slaapstoornissen				
04. Opgewondenheid				
05. Paniekaanvallen				
06. Concentratieproblemen				
07. Vermoeidheid en/of lusteloosheid				
08. Ongeïnteresseerdheid				
09. Niet gelukkig voelen of neerslachtigheid				
10. Huilbuien				
11. Snel geïrriteerd zijn				
12. Gevoel van duizeligheid of flauwvallen				
13. Gespannen gevoel in hoofd of lichaam				
14. Tintelingen of doof gevoel in huid of lichaam				
15. Hoofdpijn				
16. Spier- en gewrichtspijn				
17. Minder gevoel in handen en/of voeten				
18. Ademhalingsmoeilijkheden				
19. Opvliegers				

20. Nachtelijk zweten				
21. Geen zin in seks				
22. Vaginale droogheid en branderigheid				

3. Uw hulpvraag

- Informatie verkrijgen
- Behoefte aan diagnose
- Bespreken van klachten
- Starten met medicatie (bijv. hormoontherapie)
- Advies over leefstijl
- Anders, namelijk: _____

Wat hoopt u dat dit consult u oplevert? _____

4. Medische voorgeschiedenis en risicofactoren

1. Hart- en vaatziekten in familie? Ja Nee Zo ja, bij: _____
2. Trombose of longembolie gehad? Ja Nee
In familie? Ja Nee Zo ja, bij: _____
3. Borst-, eierstok- of baarmoederkanker gehad? Ja Nee
In familie? Ja Nee Zo ja, bij: _____
4. Rookt u? Ja Nee. In verleden gerookt? Ja Nee Aantal per dag: _____
5. Migraine? Nee Ja, zonder aura Ja, met aura
6. PMS (premenstrueel syndroom) Ja Nee. PMDD Ja Nee
7. Hoge bloeddruk Ja Nee Onbekend
Diabetes Ja Nee Onbekend
Schildklierziekte Ja Nee Onbekend
8. Medicatie/supplementen: _____
9. Lengte: ____ cm Gewicht: ____ kg Buikomtrek: ____ cm

5. Leefstijl

1. Welk voedingspatroon volgt u momenteel? Regulier (alleseter) Vegetarisch Veganistisch Pescotarisch Koolhydraatbeperkt Overwegend plantaardig Anders, namelijk: _____
2. Hoe vaak gebruikt u suikerhoudende producten en/of ultrabewerkte snacks (zoals koek, snoep, frisdrank of chips)? Dagelijks Meerdere keren per week 1 keer per week Minder dan 1 keer per week (Bijna) nooit
3. Alcohol Nee Ja, ____ glazen per week Soort: _____
4. Koffie / cafeïne: ____ kopjes per dag
5. Beweging (soort en frequentie): _____
6. Stress Nee Ja Toelichting: _____
7. Slaapkwaliteit Goed Redelijk Slecht. Toelichting: _____
8. Aanvullende opmerkingen: _____