

Questionário de Sintomas – Perimenopausa e Menopausa

Assinale uma opção para cada sintoma com base nas últimas 2–4 semanas.

Dados da paciente

Nome:

Data de nascimento:

Data de hoje:

Psicológico e Emocional

Nenhum Leve Moderado Grave

Cansaço ou falta de energia

Dificuldade para dormir

Ansiedade

Humor baixo ou sensação de tristeza

Choro fácil ou sensibilidade emocional

Irritabilidade

Perda de interesse em atividades habituais

Diminuição do interesse sexual

Pensamentos de se machucar ou suicídio

Cognitivo

Nenhum Leve Moderado Grave

Problemas de memória

Dificuldade de concentração

Falta de motivação

Sensação de sobrecarga

Neurológico e Sensorial

Nenhum Leve Moderado Grave

Dor de cabeça ou enxaqueca

Tontura

Formigamentos

Neurológico e Sensorial (continuação)	Nenhum	Leve	Moderado	Grave
--	---------------	-------------	-----------------	--------------

Zumbido no ouvido

Sensações de queimação (boca, pés, pele)

Sistema Digestivo	Nenhum	Leve	Moderado	Grave
--------------------------	---------------	-------------	-----------------	--------------

Ganho de peso ou mudanças corporais

Inchaço abdominal

Alterações do hábito intestinal

Azia ou refluxo

Pele, Cabelos e Olhos	Nenhum	Leve	Moderado	Grave
------------------------------	---------------	-------------	-----------------	--------------

Pele seca ou com coceira

Afinamento ou queda dos cabelos

Olhos secos ou irritados

Sensação de insetos andando na pele

Sistema Geniturinário	Nenhum	Leve	Moderado	Grave
------------------------------	---------------	-------------	-----------------	--------------

Aumento da frequência urinária ou acordar à noite para urinar

Perda de urina

Infecções urinárias recorrentes

Ressecamento ou desconforto vaginal

Dor durante a relação sexual

Alterações menstruais

Coração, Pulmões e Vasomotor	Nenhum	Leve	Moderado	Grave
-------------------------------------	---------------	-------------	-----------------	--------------

Ondas de calor

Suores noturnos

Palpitações

Dificuldade respiratória ou ronco

Músculos e Articulações	Nenhum	Leve	Moderado	Grave
--------------------------------	---------------	-------------	-----------------	--------------

Dor nas articulações

Dor ou rigidez muscular

Impacto na sua vida

Impacto no trabalho

Impacto em casa

Impacto nos relacionamentos

Impacto geral na qualidade de vida

Padrão menstrual

Sem alterações – normal para mim

Alterações (mais intenso, mais leve ou irregular)

Parou há mais de 12 meses

Não sei (uso de anticoncepcional ou histerectomia)