



Perimenopausa e Menopausa Questionário de Sintomas

Dados da paciente

Nome: Data de nascimento: Data de hoje:

Assinale uma opção para cada sintoma com base nos últimos 3 meses se já estiver em HRT ou desde que seus sintomas começaram, se não está em HRT.

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	☐	☐	☐	☐
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

Pele seca ou com coceira
Afinamento ou queda dos cabelos
Olhos secos ou irritados
Sensação de insetos andando na pele

Nenhum	Leve	Moderado	Grave
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Sistema Geniturinário

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

Nenhum	Leve	Moderado	Grave
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Coração, Pulmões e Vasomotor

Ondas de calor
Suores noturnos
Palpitações
Dificuldade respiratória ou ronco

Nenhum	Leve	Moderado	Grave
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

Músculos e Articulações

Dor nas articulações
Dor ou rigidez muscular

Nenhum	Leve	Moderado	Grave
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

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)