

Datum: _____

Namn:		Personnr:	
Längd:	Aktuell vikt:	Yrke/sysselsättning:	
Civilstånd:	Gift <input type="checkbox"/>	Sambo <input type="checkbox"/>	Ensamstående <input type="checkbox"/>
Motion:	Sparsam <input type="checkbox"/>	Måttlig <input type="checkbox"/>	Intensiv <input type="checkbox"/>
Rökning: Nej <input type="checkbox"/>	Snus: Nej <input type="checkbox"/>	Alkohol: Nej <input type="checkbox"/>	
Ja <input type="checkbox"/> Mängd:	Ja <input type="checkbox"/> Mängd:	Ja <input type="checkbox"/> Mängd:	
Förlossning antal:			
Menstruationer: Regelbundna <input type="checkbox"/>	Oregelbundna <input type="checkbox"/>	Upphört <input type="checkbox"/>	
Datum för sista mens:			
Preventivmedel:			
Mammografi senast utförd:			
Gynekologiska sjukdomar:			
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar:			
Tidigare genomgångna operationer:			
Aktuella läkemedel:			
Allergier:			
Sjukdomar i familjen av intresse: Bröstcancer <input type="checkbox"/>		Hjärtkärlsjukdomar <input type="checkbox"/>	
Övrigt vi bör veta om dig?			

Menopause Rating Scale (MRS)

Vilka av följande symtom stämmer in på dig för tillfället? Sätt ett kryss i den ruta som passar bäst för varje symptom. För symptom som inte är aktuella, markera "inga".

	Inga 0	Lindriga 1	Måttliga 2	Svåra 3	Mycket svåra 4
1. Vallningar, svettningar (tillfälliga svettningar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hjärtproblem (ovanlig medvetenhet av hjärtslag, hjärtat hoppar över ett slag, hjärtklappning, spändhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sömnproblem (svårigheter att somna, svårigheter att sova hela natten, vaknar tidigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Deprimerad (känner sig nere, ledsen, på gränsen att börja gråta, brist på energi, humörsvängningar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Retlighet (känner nervositet, inre spänningar, känner aggressivitet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oro (inre rastlöshet, panikkänslor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fysisk och mental utmattning (försämrad prestationsförmåga, försämrat minne, koncentrationssvårigheter, glömska)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sexuella problem (ändring av sexuell lust, ändring i sexuell aktivitet och tillfredsställelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Urinblåseproblem (svårigheter att urinera, ökat behov av att urinera, inkontinens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Slidtorrhet (torr eller brännande känsla i slidan, svårigheter vid samlag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Led- och muskelbesvär (ont i lederna, reumatiska besvär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>