

Vragenlijst overgangsklachten

Algemene gegevens

Naam:

Geboortedatum:

Burgerlijke staat:

Beroep:

Lichamelijke anamnese

Lengte:

Gewicht:

Heeft u ziektes of operaties (gehad)?

Medicijngebruik:

Doet u aan sport of yoga?

Ja

Nee

Indien ja, welke sport(en) doet u?

Specifieke gegevens rondom menstruatie

Menstrueert u nog?

Ja

Nee

Indien nee, wanneer was de laatste menstruatie?

Greene's Climacteriële Scorelijst

Wilt u de onderstaande overgangsklachten een cijfer geven. De cijfers geven de ernst van uw klachten aan. Omcirkel het getal dat uw klachten weergeeft:

0 = klachten afwezig

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

2 = vaak (storend in activiteiten)

3 = heel vaak (activiteiten moeten onderbroken worden)

1.	Aanvallen van hartkloppingen	0	1	2	3
2.	Gespannen of nerveus gevoel	0	1	2	3
3.	Slaapstoornissen	0	1	2	3
4.	Opgewondenheid	0	1	2	3
5.	Paniek aanvallen	0	1	2	3
6.	Concentratieproblemen	0	1	2	3
7.	Vermoeidheid en/of lusteloosheid	0	1	2	3
8.	Ongeïnteresseerdheid	0	1	2	3
9.	Niet gelukkig voelen/ neerslachtigheid	0	1	2	3
10.	Huilbuien	0	1	2	3
11.	Snel geïrriteerd zijn	0	1	2	3
12.	Gevoel van duizeligheid, flauwvallen	0	1	2	3
13.	Gespannen gevoel in hoofd of lichaam	0	1	2	3
14.	Tintelingen/ dood gevoel huid /lichaam	0	1	2	3
15.	Hoofdpijn	0	1	2	3
16.	Spier en gewrichtspijn	0	1	2	3
17.	Minder gevoel in handen en/of voeten	0	1	2	3
18.	Ademhalingsmoeilijkheden	0	1	2	3
19.	Opvliegers	0	1	2	3
20.	Nachtelijk zweten	0	1	2	3
21.	Geen zin in seks	0	1	2	3
22.	Vaginale droogheid en branderigheid	0	1	2	3

Vragenlijst risicofactoren

Rookt u?	Ja	Nee
Heeft u suikerziekte?	Ja	Nee
Heeft u hoge bloeddruk?	Ja	Nee
Gebruikt u alcohol?	Ja	Nee
Zo ja, hoeveel glazen per dag of per week?		
Heeft u trombose gehad?	Ja	Nee
Heeft u kinderen?	Ja	Nee
Indien ja, hoeveel kinderen heeft u?		
Wat voor bevalling(en) had u? Vaginaal of keizersnede?		
Heeft u, indien u ooit zwanger bent geweest, zelf ooit herhaalde miskraam, preeclampsie (zwangerschapsvergiftiging of toxicose) of HELLP gehad?	Ja	Nee
Heeft u suikerziekte in de zwangerschap gehad?	Ja	Nee
Komen er hart- en vaatziekten voor in de familie?	Ja	Nee
Zo ja, bij wie?		
Komt er in uw familie of bij u zelf hoog cholesterol voor?	Ja	Nee
Zo ja, bij wie?		
Heeft u zelf borstkanker gehad?	Ja	Nee
Heeft uw moeder, zus, tante of oma borstkanker gehad?	Ja	Nee
Komt botontkalking in uw familie voor?	Ja	Nee
Heeft u langdurig corticosteroïden/ Prednison gebruikt?	Ja	Nee
Bent u een periode in uw leven langdurig niet mobiel geweest ?	Ja	Nee
Heeft u na uw 50ste botbreuken gehad?	Ja	Nee
Bent u bekend met migraine?	Ja	Nee

Wat heeft u (zelf) al gedaan aan de overgangsklachten? bijvoorbeeld: voeding, supplementen, medicijnen, sport, ontspanning?