



Vragenlijst overgangsklachten

Datum van invullen: ____ - ____ - ____

THUISARTS.NL/OVERGANG

Voorafgaand aan het consult kunt u zich als u wilt verdiepen in de oorzaak en behandelopties van overgangsklachten. Op thuisarts.nl vindt u hierover betrouwbare informatie.

Op thuisarts.nl/overgang vindt u pagina's "ik ben in de overgang", "ik wil goed omgaan met klachten door de overgang", "ik heb klachten van mijn vagina door de overgang", "ik ben in de overgang en wil voorkomen dat ik zwanger word", "ik ben in de overgang en heb opvliegers", "ik wil misschien hormonen gaan gebruiken tegen opvliegers in de overgang" en "ik ga hormonen gebruiken tegen opvliegers".

VRAGEN OVER KLACHTEN EN SYMPTOMEN

Graag een 0, 1, 2 of 3 achter elke vraag noteren.

0 = Afwezig | 1 = Af en toe aanwezig | 2 = Vaak aanwezig | 3 = Heel vaak aanwezig en u moet stoppen met activiteiten

- | | |
|---|--|
| 01. Aanvallen van hartkloppingen ____ | 12. Gevoel van duizeligheid, flauwvallen ____ |
| 02. Gespannen of nerveus gevoel ____ | 13. Gespannen gevoel in hoofd of lichaam ____ |
| 03. Slaapstoornissen ____ | 14. Tintelingen of dood gevoel in huid /lichaam ____ |
| 04. Opgewondenheid ____ | 15. Hoofdpijn ____ |
| 05. Paniekaanvallen ____ | 16. Spier en gewrichtspijn ____ |
| 06. Concentratieproblemen ____ | 17. Minder gevoel in handen en/of voeten ____ |
| 07. Vermoeidheid en/of lusteloosheid ____ | 18. Ademhalingsmoeilijkheden ____ |
| 08. Ongeïnteresseerdheid ____ | 19. Opvliegers ____ |
| 09. Niet gelukkig voelen/ neerslachtigheid ____ | 20. Nachtelijk zweten ____ |
| 10. Huilbuien ____ | 21. Geen zin in seks ____ |
| 11. Snel geïrriteerd zijn ____ | 22. Vaginale droogheid en branderigheid ____ |

VRAGEN OVER MENSTRUATIE EN BLOEDVERLIES

Wanneer was uw laatste menstruatie? ____ - ____ - ____

Indien uw laatste menstruatie meer dan een jaar geleden is:

heeft u nadien nog vaginaal bloedverlies gehad? Ja / Nee

Heeft u bloedverlies tussen uw menstruaties? Ja / Nee

Heeft u bloedverlies bij seksueel contact? Ja / Nee

Bent u geopereerd aan baarmoeder of eierstokken? Ja / Nee



VRAGEN OVER AANDOENINGEN GERELATEERD AAN DE VROUWELIJKE GESLACHTSHORMONEN

Hart- en vaatziekten

Rookt u of heeft u suikerziekte? Ja / Nee

Drinkt u meer dan twee glazen alcohol per dag? Ja / Nee

Is uw BMI > 29,9? Ja / Nee

Bent u minder dan 30 minuten per dag actief bezig? Ja / Nee

Heeft u veel stress? Ja / Nee

Bent u bekend met een hoge bloeddruk? Ja / Nee

Bent u bekend met een te hoog cholesterolgehalte? Ja / Nee

Bent u bekend met een ziekte aan hart of vaten? Ja / Nee

Komen hart- of vaatziekten in de familie voor? Ja / Nee

Leverziekten

Bent u bekend met een leverziekte? Ja / Nee

Trombose

Heeft u ooit trombose of een longembolie gehad? Ja / Nee

Komt dit in de familie (eerstegraads) voor? Ja / Nee

Bent u bekend met een stollingsafwijking? Ja / Nee

Borstkanker

Heeft u borstkanker gehad? Ja / Nee

Heeft uw moeder, zus, tante of oma dit gehad? Ja / Nee

Bent u ooit bestraald? Ja / Nee

Heeft u geen kinderen? Ja / Nee

Laat u minder dan 1x per 2 jaar borstfoto's maken? Ja / Nee

Epilepsie

Bent u bekend met een vorm van epilepsie? Ja / Nee

VRAGEN OVER AANDOENINGEN DIE KLACHTEN KUNNEN GEVEN DIE LIJKEN OP OVERGANGSKLACHTEN

Schildklier

Bent u bekend met schildklierproblemen? Ja / Nee

Bloedarmoede

Bent u bekend met bloedarmoede? Ja / Nee

Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA)

Kunt u een SOA hebben? Ja / Nee

Zwangerschap

Kunt u zwanger zijn? Ja / Nee

Medicatie

Gebruikt u tamoxifen? Ja / Nee

Gebruikt u een medicijn voor uw bloeddruk? Ja / Nee

Gebruikt u een middel tegen depressies? Ja / Nee

Psychische problemen

Bent u bekend met angstproblemen? Ja / Nee

Bent u bekend met somberheid of depressie? Ja / Nee

WELKE BEHANDELOPTIES VOOR OVERGANGSKLACHTEN ZOU U WILLEN BESPREKEN?

U kunt meerdere antwoorden aankruisen.

Zelfhulpmiddelen en kledingadviezen

Stressreductie / psychologische ondersteuning

Lichaamsbeweging en gewichtsreductie

Medicijnen met hormonen

Medicijnen zonder hormonen

Lokale behandeling van vaginale problemen