

KWESTIONARIUSZ DO DIAGNOSTYKI I LECZENIA OBJAWÓW MENOPAUZY (MTT)^{1,2} – Kobieta

Celem tego kwestionariusza jest pomoc w zapewnieniu dostępnych opcji możliwych do zastosowania w leczeniu objawów menopauzy. Hormonalna terapia menopauzy (HTM) jest jednym z możliwych rozwiązań terapeutycznych.

Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania, a następnie omówić odpowiedzi z lekarzem.

1. Ile ma Pani lat? _____ lat

2. Czy doświadczyła Pani poniższych objawów w ciągu ostatnich 4 tygodni?

Proszę zaznaczyć odpowiedź

- | | Tak | Nie |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Uderzenia gorąca i/lub nocne poty | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Trudności z zasypianiem lub zaburzenia snu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Obniżony nastrój/rozdrażnienie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Depresja lub lęk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Trudności z koncentracją i pamięcią | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zmęczenie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Suchość pochwy/odczuwanie bólu podczas stosunku płciowego/obniżone libido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nietrzymanie moczu, zakażenia dróg moczowych | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Bóle stawów/mięśni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Przyrost masy ciała | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kołatania serca | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Czy którykolwiek z objawów miał negatywny wpływ na jakość Pani życia w ciągu ostatnich 4 tygodni?

Tak	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Czy nadal Pani miesiączkuje?

Tak	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeśli TAK: czy zmienił się typowy schemat okresu, np. miesiączki są mniej lub bardziej obfite, występują częściej lub rzadziej, trwają dłużej lub krócej?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

5. Czy stosuje Pani:

- antykoncepcję hormonalną (np. pigułki antykoncepcyjne, plastry, pierścienie dopochwowe, implanty lub wkładki wewnątrzmaciczne)?

Tak	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Kiedy ostatnio miała Pani miesiączkę? (proszę wybrać odpowiedź)

mniej niż 6 miesięcy temu

6-12 miesięcy temu

1-10 lat temu

więcej niż 10 lat temu

7. Czy jest Pani gotowa podjąć próbę leczenia z zastosowaniem hormonalnej terapii menopauzy (HTM)?

Tak	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KWESTIONARIUSZ DO DIAGNOSTYKI I LECZENIA OBJAWÓW MENOPAUZY (MTT)^{1,2} – Kobieta

8. Czy ma lub miała Pani poniższe schorzenia:	Proszę zaznaczyć odpowiedź	
	Tak	Nie
<ul style="list-style-type: none">• rak piersi, jajnika lub macicy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• zawał serca, udar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• niewyjaśnione krwawienie z pochwy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• zakrzepica żył głębokich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• nadciśnienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• padaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• migrena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• choroby nerek (np. niewydolność nerek), wątroby lub pęcherzyka żółciowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• zaburzenia czynności tarczycy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy obecnie pali Pani papierosy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ile Pani waży? ____kg		
11. Ile ma Pani wzrostu? ____cm		
	Tak	Nie
12. Czy ma Pani macicę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Czy któryś z członków Pani bliskiej rodziny (matka/siostra/dziecko) miał którąkolwiek z poniższych chorób: rak piersi, endometrium, jajnika; zakrzepy krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tak	Nie
14. Czy miała Pani zleconą kontrolę stanu zdrowia?		
<ul style="list-style-type: none">• Cytologia lub wymaz z szyjki macicy w kierunku wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Mammografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Stężenie glukozy na czczo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Stężenie cholesterolu/lipidów we krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">• Pomiar ciśnienia krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proszę pamiętać o regularnym samobadaniu piersi

Inicjały lub numer identyfikacyjny pacjenta: _____

PROSZĘ OMÓWIĆ WYNIKI Z LEKARZEM

HTM – hormonalna terapia menopauzy;

MTT – ang. *menopause treatment tool*

1. Stute P et al. The women's menopause tool: content validity of a novel assessment for menopause treatment decision making. *Maturitas* 2023; 173: 73.

2. Bińkowska M et al. Real world experience of the menopause treatment tool (MTT): preliminary results from an international study with health care professionals (HCPs) and symptomatic, potentially menopausal, women (MW). Oral Presentation, 1 December 2023, 15th Congress of European Society of Gynaecology, Amsterdam, Netherlands, 29 November – 2 December 2023.