

Nome do Paciente _____

Date de Nascimento _____ Último Período Menstrual _____

Como uma ferramenta para o seu consultório, utilize este formulário com suas pacientes para discutirem o impacto e gravidade atuais dos seus SVM.

Os Sintomas Vasomotores associados à menopausa (SVM), comumente chamados de ondas de calor e suores noturnos, podem ocorrer nas mulheres/pessoas nascidas mulheres durante a transição menopausal. As ondas de calor consistem em sensações repentinas e intensas de calor em seu rosto e peito, e podem vir acompanhadas de suor, vermelhidão da pele, calafrios, e palpitações. Elas geralmente duram cerca de 1 a 5 minutos. Os suores noturnos são ondas de calor que ocorrem enquanto você dorme.

Você apresenta esses sintomas?

Ondas de calor Sim Não Não tenho certeza

Sudorese noturna Sim Não Não tenho certeza

Quantas vezes a cada 24 horas? _____ Por quanto tempo? _____ semanas/meses/anos

| Minhas ondas de calor/suores noturnos consistem em | Nunca | Às vezes | Na maioria das vezes | O tempo todo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Vermelhidão da pele | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Palpitações | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Suor | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Calafrios | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Minhas ondas de calor/suores noturnos me obrigam a | Nunca | Às vezes | Na maioria das vezes | O tempo todo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Parar o que estou fazendo (trabalho, socialização, atividades de lazer etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Acordar enquanto estou dormindo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Minhas ondas de calor/suores noturnos me fazem | Nunca | Às vezes | Na maioria das vezes | O tempo todo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sentir ansiedade ou nervosismo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentir depressão, abatimento ou tristeza | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ficar impaciente com outras pessoas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Querer ficar sozinha | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentir cansaço ou desgaste | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ter dificuldade para dormir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ficar sem energia para fazer as coisas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Evitar intimidade | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Você gostaria de discutir mais alguma coisa sobre as ondas de calor/suores noturnos hoje?
