

NAMN: _____

PERSONNUMMER: _____

BAKGRUND OCH DIFFERENTIALDIAGNOS:

1. Har du regelbunden mens? Ja Nej

2. Hur många dagar brukar det vara från en mensstart till nästa mensstart? (25–31 dagar är ok)

Svar: _____ Senaste mensstarts datum: _____

3. Har du tidigare behandlats med något läkemedel mot PMS/PMDS? Ja Nej

Om ja, vilket/vilka? _____

4. Har du varit deprimerad? Ja Nej

5. Har du behandlats med antidepressiva mediciner? Ja Nej

6. Brukar du ha ångestsymtom? Ja Nej

7. Har du själv försökt behandla PMS/PMDS? Ja Nej

Hur? _____ Hjälpte det? _____

PMS/PMDS-SYMTOM: VI SKALL FÖRST FRÅGA OM HUR DU MÅR NÄR DU MÅR SOM BÄST

8. När i förhållande till menstruationen kommer din bästa period? Svar: _____

9. Hur många dagar per månad brukar du må som bäst? Svar: _____

10. Hur många dagar per månad är du helt fri från PMS/PMDS-symtom? Svar: _____

11. Har du kvar några symtom under den bästa perioden? Ja Nej

Iså fall vilka? _____

PMS/PMDS-SYMTOM: VI SKALL NU FRÅGA HUR DU MÅR NÄR DU MÅR SOM SÄMST

12. När i förhållande till menstruationen mår du som sämst? Svar: _____

13. Hur många dagar per månad är du påverkad av PMS/PMDS-symtom? Svar: _____

14. När går symtomen över? Svar: _____

15. Vilka av följande symtom upplever du?

Nr	Fråga	Inget	Lite	Mycket
1	Nedstämdhet eller känsla av hopplöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Irritabel eller ilska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Spänd och orolig eller ångest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Humörsvängningar under dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Okontrollerad, tappar lätt kontrollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Minskat intresse för dagliga aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Okoncentrerad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Orkeslös, minskad energi, trött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Sömnstörningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Förändrad aptit/matbegär, sötsug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Bröstspänningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Svullnadskänsla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Påverkas ditt humör på något annat sätt?

Svar: _____

17. Har du några andra fysiska symtom?

Svar: _____

SVÅRIGHETSGRAD:

18. Märker din familj när du har symtomen? Ja Nej
19. Stör det relationerna i familjen? Ja Nej
20. Träffar du dina vänner veckan innan mens? Ja Nej
21. Går du på en social tillställning/fest om du blir bjuden veckan innan mens? Ja Nej
22. Skulle du själv ordna en social tillställning/fest veckan innan mens? Ja Nej
23. Går du till jobbet/skolan när du mår som sämst? Ja Nej
24. Klarar du ditt arbete när du mår som sämst? Ja Nej
25. Måste du anstränga dig för att klara arbetet när du mår som sämst? Ja Nej

SLUTFRÅGA:

Finns det andra faktorer som kan påverka hur du mår som vi inte har pratat om?
