

FORMULÁRIO PARA SINTOMAS FEMININOS

Nome: _____ Idade _____ Data ____ / ____ / ____

Médico: _____

Peso: _____ Altura _____ Data Ultima Menstruação: _____

A listagem de sintomas abaixo poderá ser usada para ajudar para você, bem como no auxílio da interpretação do laudo para determinar sintomas específicos do desequilíbrio seu hormonal.

Grupo 1:

Anote os sintomas que mais lhe incomodam, trazem desconforto ou persiste com o passar do tempo.

- Fogachos (calorões)
- Suores noturnos
- Palpitações Cardíacas
- Diminuição da libido
- Incontinência Urinária
- Secura Vaginal
- Ganho de Peso
- Ovários Policísticos
- Osteoporose
- Acne
- Aumento do pêlos faciais
- Ressecamento da pele
- Aumento da labilidade emocional
- Alterações de humor
- Humor deprimido
- Irritabilidade

Grupo 2:

Anote os sintomas que mais lhe incomodam, trazem desconforto ou persiste com o passar do tempo.

- Distúrbios no sono
- Infertilidade
- Depressão
- Suscetibilidade a infecções
- Avidéz por doces ou carboidratos
- Ansiedade
- Sensação de incapacidade
- Cansaço freqüente
- Dificuldade de concentração
- Pensamentos constantes num mesmo assunto
- Problemas de pele / alergias
- Agressividade / raiva prolongada
- Problemas de memória
- Outros. Quais? _____

Grupo 3:

Anote todas as MEDICAÇÕES que está ou esteve fazendo uso nas últimas semanas, mesmo sem a recomendação médica.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____