

# KWESTIONARIUSZ DO DIAGNOSTYKI I LECZENIA OBJAWÓW MENOPAUZY (MTT)<sup>1-3</sup> – LEKARZ

Celem tego kwestionariusza jest pomoc pacjentce w zapewnieniu dostępnych opcji możliwych do zastosowania w leczeniu objawów menopauzy

| Pytania do wywiadu z pacjentką                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Zaznacz, jeśli tak | Sytuacja kliniczna pacjentki                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>1. Czy pacjentka doświadczyła poniższych objawów w ciągu ostatnich 4 tygodni?</div> <div><div><div>• Uderzenia gorąca i/lub nocne poty</div><div>• Trudności z zasypianiem lub zaburzenia snu</div><div>• Obniżony nastrój/rozdrażnienie</div><div>• Depresja lub lęk</div><div>• Trudności z koncentracją i pamięcią</div><div>• Zmęczenie</div><div>• Suchość pochwy/odczuwanie bólu podczas stosunku płciowego/obniżone libido</div><div>• Nietrzymanie moczu, zakażenia dróg moczowych</div><div>• Bóle stawów/mięśni</div><div>• Przyrost masy ciała</div><div>• Kołatania serca</div></div><div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div></div> |                    | <div><div>Pacjentka:<div><div>• jest między 45. a 60. rokiem życia</div><div>• ma objawy menopauzy, które negatywnie wpływają na jakość jej życia</div></div></div><div>ORAZ</div><div><div>• ma nieregularne miesiączki</div><div>LUB</div><div>• stosuje antykoncepcję i ma objawy</div><div>LUB</div><div>• jej ostatnia miesiączka wystąpiła w ciągu ostatnich 12 miesięcy</div><div>Pacjentka może być w okresie PRZEDMENOPAUZALNYM i kwalifikuje się do leczenia HTM</div></div><div>LUB</div><div><div>• jej ostatnia miesiączka wystąpiła 1-10 lat temu</div><div>Pacjentka może być w okresie POMENOPAUZALNYM; należy rozważyć stosowanie HTM, m.in. aby zapobiegać osteoporozie</div></div><div>W innych przypadkach należy rozważyć również inne schorzenia</div><div>Jeśli nie, przedyskutuj z pacjentką opcje niehormonalne</div></div> |
| <div>2. Czy którykolwiek z objawów miał negatywny wpływ na jakość życia pacjentki w ciągu ostatnich 4 tygodni?</div> <div><div><input type="checkbox"/></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div>3. Czy pacjentka jest w okresie menopauzy?</div> <div><div><div>• Wiek pomiędzy 45. a 60. rokiem życia</div><div>• Nieregularne cykle?</div><div>• Od ostatniej miesiączki minęło 12 miesięcy lub więcej?</div><div>• Pacjentka stosuje antykoncepcję hormonalną (np. pigułkę antykoncepcyjną, plastry, pierścień dopochwowy, implant lub wkładkę wewnątrzmaciczną)</div></div><div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <div>4. Czy pacjentka jest gotowa podjąć próbę leczenia z zastosowaniem hormonalnej terapii menopauzy (HTM)?</div> <div><div><div>Tak</div><div>Nie</div></div><div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

# KWESTIONARIUSZ DO DIAGNOSTYKI I LECZENIA OBJAWÓW MENOPAUZY (MTT)<sup>1-3</sup> – LEKARZ

## Z JAKIM RYZYKIEM DLA PACJENTKI WIĄŻE SIĘ HTM?

| Pytania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Zaznacz, jeśli tak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sugerowane działanie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5. Czy pacjentka ma lub miała poniższe schorzenia?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>A. WYSOKIE RYZYKO WYSTĄPIENIA:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>rak piersi, jajnika lub macicy</li><li>niedrożność tętnicy (zawał, udar)</li><li>niewyjaśnione krwawienia z pochwy</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>WYSOKIE RYZYKO:</b><br><b>Zachowaj ostrożność z HTM</b><br><i>Rozważ zlecenie skierowania do specjalisty doświadczonego w tego rodzaju schorzeniach</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>B. NISKIE/UMIARKOWANE RYZYKO WYSTĄPIENIA:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>zakrzepica żył głębokich</li><li>nadciśnienie tętnicze nieadekwatnie kontrolowane</li><li>padaczka</li><li>migreny z aurą</li><li>choroby nerek, pęcherzyka żółciowego lub wątroby (np. niewydolność nerek, aktywność enzymów wątrobowych 3 × większa niż normalnie)</li><li>hipertriglicerydemia</li><li>cukrzyca</li><li>zaburzenia czynności tarczycy</li><li>przyjmowanie leków indukujących enzymy wątrobowe (np. leków autoimmunologicznych, przeciwdrgawkowych, przeciwinfekcyjnych w dużych dawkach lub zieleń dziurawca zwyczajnego)</li><li>palenie papierosów obecnie</li><li>otyłość</li></ul> | <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <b>NISKIE/UMIARKOWANE RYZYKO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Omów z pacjentką inne opcje, np. plaster, spray, żel lub plaster dwuskładnikowy</li></ul><br><b>BRAK RYZYKA:</b><br>Omów <b>wszystkie formy HTM</b> (np. doustna, przeskórna)<br><b>W przypadku braku, niskiego lub umiarkowanego ryzyka:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>u kobiet <b>przed menopauzą</b> należy rozważyć <u>sekwencyjną HTM</u></li><li>u kobiet <b>po menopauzie</b> należy rozważyć <u>ciągłą HTM</u></li></ul><br><b>Stan macicy:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Jeśli kobieta <b>ma macicę</b>, należy rozważyć leczenie <u>estrogenami i progestagenami</u></li><li>Jeśli kobieta <b>NIE ma macicy</b>, należy rozważyć leczenie <u>tylko estrogenami</u></li></ul><br><b>Menopauzalny zespół moczowo-płciowy (GSM):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>U większości kobiet w leczeniu GSM można zastosować estrogeny dopochwowe lub prasteron</li></ul> |
| <b>6. Stan macicy:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Czy pacjentka miała histerektomię?</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>7. Wywiad rodzinny (nie jest to czynnik sam w sobie):</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Czy któryś z członków bliskiej rodziny pacjentki (matka/siostra/dziecko) miał którąkolwiek z poniższych chorób: rak piersi, endometrium, jajnika; zakrzepy krwi?</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>DO DALSZEGO ROZWAŻENIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>8. Kiedy pacjentka ostatni raz miała wykonane poniższe badania?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Cytologia lub wymaz z szyjki macicy w kierunku wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV)</li><li>Mammografia</li><li>Stężenie glukozy na czczo, cholesterolu/lipidów</li><li>Pomiar ciśnienia krwi i wskaźnika masy ciała (BMI)</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>Należy przypomnieć pacjentce, aby regularnie badała swoje piersi</li><li>W razie potrzeby należy skierować pacjentkę na badania przesiewowe</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

Inicjały lub numer identyfikacyjny pacjenta: \_\_\_\_\_

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. Birkowska 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, 15<sup>th</sup> Congress of European Society of Gynaecology, Amsterdam, Netherlands, 29 November – 2 December 2023.  
3. Stute P et al. Development, content validation and feasibility of a decision aid tool for the treatment of women with menopausal symptoms. *Maturitas* 2025; 194: 108195.