



PERİMENOPAZ VE POSTMENOPAZ STANDART HASTA TAKİP FORMU

Versiyon 3.0 — 2026 | IMS · NAMS · EMAS · TÜKSAD Kılavuzlarına Uygun

Form No:		Başvuru Tarihi:		Vizit No:	
Vizit Tipi:	<input type="checkbox"/> İlk Başvuru <input type="checkbox"/> Kontrol <input type="checkbox"/> Acil	Hekim Adı:		Poliklinik:	

BÖLÜM 1 — SOSYODEMOGRAFİK VE KİŞİSEL BİLGİLER

Hasta Kodu:		TC Kimlik No:	
Adı Soyadı:		Doğum Tarihi:	
Telefon:		E-posta:	
Yaş:		Meslek:	
Eğitim Düzeyi:	<input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Lisansüstü	Medeni Durum:	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Dul
Çalışma Durumu:	<input type="checkbox"/> Aktif <input type="checkbox"/> Ev hanımı <input type="checkbox"/> Emekli	Sosyoekonomik:	<input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Yüksek
Adres / İl:		Yaşadığı Yer:	<input type="checkbox"/> İl <input type="checkbox"/> İlçe <input type="checkbox"/> Köy/Kasaba

BÖLÜM 2 — JİNEKOLOJİK VE OBSTETRİK ANAMNEZİ

A. MENSTRÜEL GEÇMİŞ

Menarş Yaşı:		Son Adet Tarihi (FMP):		Siklus (gün/ped):	
Menopoz Yaşı:		Menopoz Süresi (yıl):		AMH:	
Menopoz Tipi:	<input type="checkbox"/> Doğal <input type="checkbox"/> Cerrahi <input type="checkbox"/> İatrojenik (kemo/radyo) <input type="checkbox"/> Prematür (<40) <input type="checkbox"/> Erken (40-45)				
STRAW+10 Evresi:	<input type="checkbox"/> -2 Erken geçiş <input type="checkbox"/> -1 Geç geçiş <input type="checkbox"/> +1a <input type="checkbox"/> +1b <input type="checkbox"/> +1c <input type="checkbox"/> +2 Geç postmenopoz				
Menopoz Evresi:	<input type="checkbox"/> Premenopoz <input type="checkbox"/> Erken Perimenopoz <input type="checkbox"/> Geç Perimenopoz <input type="checkbox"/> Erken Postmenopoz (<5 yıl) <input type="checkbox"/> Geç Postmenopoz (>5 yıl)				
Menstrüel Sorun:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Dismenore <input type="checkbox"/> Menoraji <input type="checkbox"/> Oligomenore <input type="checkbox"/> Anormal uterin kanama				

B. OBSTETRİK GEÇMİŞ

Gravida:		Para:		Abortus:		Yaşayan:	
Emzirme:	<input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> <6 ay <input type="checkbox"/> 6-12 ay <input type="checkbox"/> >12 ay Toplam: _____						

C. JİNEKOLOJİK MÜDAHALELER VE TARAMALAR

Geçirilmiş Operasyon:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Histerektomi <input type="checkbox"/> Bilateral ooforektomi <input type="checkbox"/> Unilateral ooforektomi <input type="checkbox"/> Myomektomi <input type="checkbox"/> Endometriyal biopsi : Diğer: _____		
Kontrasepsiyon Öyküsü:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> OKS <input type="checkbox"/> RİA <input type="checkbox"/> Depo <input type="checkbox"/> İmplant <input type="checkbox"/> Bariyer <input type="checkbox"/> Cerrahi sterilizasyon		
Pap Smear (Son):	Tarih: _____	Sonuç: _____	
HPV Testi:	Tarih: _____	Sonuç: _____	
Mamografi / Meme USG:	Tarih: _____	Sonuç / BIRADS: _____	
Pelvik USG:	Tarih: _____	Endometrium: _____ mm	Diğer: _____
Endometriozis:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var — Stage: _____		
Myom / Polip / Hiperplazi:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var — Açıklama: _____		

BÖLÜM 3 — TIBBİ ANAMNEZİ, KOMORBİDİTELER VE RİSK FAKTÖRLERİ**KRONİK HASTALIKLAR**

Kardiyovasküler:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> KAH <input type="checkbox"/> Kalp yetmezliği <input type="checkbox"/> Aritmi <input type="checkbox"/> MI öyküsü <input type="checkbox"/> İnme
Endokrinolojik:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Tip 2 DM <input type="checkbox"/> Tip 1 DM <input type="checkbox"/> Hipotiroidi <input type="checkbox"/> Hipertiroidi <input type="checkbox"/> Obezite <input type="checkbox"/> Metabolik sendrom
Kas-İskelet:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Osteoporoz <input type="checkbox"/> Osteopeni <input type="checkbox"/> RA <input type="checkbox"/> OA <input type="checkbox"/> Fibromiyalji <input type="checkbox"/> Diğer: _____
Onkolojik Öykü:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Meme kanseri <input type="checkbox"/> Over kanseri <input type="checkbox"/> Endometrium kanseri <input type="checkbox"/> Kolorektal <input type="checkbox"/> BRCA Diğer: ____
Psikiyatrik:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Anksiyete bozukluğu <input type="checkbox"/> Uyku bozukluğu <input type="checkbox"/> Bipolar <input type="checkbox"/> Diğer: _____
Ürogenital:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> OAB <input type="checkbox"/> Stres inkontinans <input type="checkbox"/> Mikst inkontinans <input type="checkbox"/> Pelvik organ prolapsusu <input type="checkbox"/> İYE
Diğer Hastalıklar:	

TROMBOEMBOLİK RİSK

DVT / PE Öyküsü:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Kişisel öykü <input type="checkbox"/> Aile öyküsü (1. derece) Trombofili: <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
-------------------------	--

AİLE ANAMNEZİ

Aile Öyküsü:	<input type="checkbox"/> Meme ca <input type="checkbox"/> Over ca <input type="checkbox"/> Kardiyovasküler <input type="checkbox"/> Osteoporoz <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Erken menopoz <input type="checkbox"/> Yakınlık Derecesi Diğer: ____
---------------------	---

ALERJİ / İLAÇ DUYARLILIĞI

Bilinen Alerjiler:	
---------------------------	--

BÖLÜM 4 — YAŞAM TARZI, BESLENME VE MEVCUT İLAÇ KULLANIMI**YAŞAM TARZI FAKTÖRLERİ**

Sigara:	<input type="checkbox"/> Hiç içmemiş <input type="checkbox"/> Bırakmış (yıl: _____) <input type="checkbox"/> Aktif içici Paket/yıl: _____
Alkol:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Haftada 1-2 birim <input type="checkbox"/> Haftada >3 birim <input type="checkbox"/> Günlük
Fiziksel Aktivite:	<input type="checkbox"/> Sedanter <input type="checkbox"/> Hafif (<30 dk/gün) <input type="checkbox"/> Orta (30-60 dk/gün) <input type="checkbox"/> Yüksek (>60 dk/gün) <input type="checkbox"/> Düzenli program
Beslenme:	<input type="checkbox"/> Dengeli <input type="checkbox"/> Vegeteryan/Vegan <input type="checkbox"/> Düşük karbonhidrat <input type="checkbox"/> Kalsiyum kısıtlı <input type="checkbox"/> Özel: _____
Kalsiyum Alımı:	<input type="checkbox"/> Yetersiz (<700 mg/gün) <input type="checkbox"/> Yeterli (700-1200 mg/gün) <input type="checkbox"/> Fazla (>1200 mg/gün)
D Vitamini / Güneş:	<input type="checkbox"/> Yetersiz <input type="checkbox"/> Yeterli 25(OH)D: _____ ng/mL

MEVCUT İLAÇ KULLANIMI

İlaç 1:	Ad: _____ Doz: _____ Süre: _____ Endikasyon: _____
İlaç 2:	Ad: _____ Doz: _____ Süre: _____ Endikasyon: _____
İlaç 3:	Ad: _____ Doz: _____ Süre: _____ Endikasyon: _____
Bitkisel / Destek:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Soya izoflavonoidi <input type="checkbox"/> Black cohosh <input type="checkbox"/> Kırmızı yonca <input type="checkbox"/> Kalsiyum <input type="checkbox"/> D vitamini <input type="checkbox"/> Diğer: _____
Önceki HRT/MHT:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var — Ajan: _____ Süre: _____ Bırakma nedeni: _____

BÖLÜM 5 — ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER VE VİTAL BULGULAR

Boy (cm):		Kilo (kg):		VKİ (kg/m ²):	
Bel Çevresi (cm):		Kalça Çevresi (cm):		Bel/Kalça Oranı:	
VKİ Yorumu:	<input type="checkbox"/> Zayıf (<18.5) <input type="checkbox"/> Normal (18.5-24.9) <input type="checkbox"/> Fazla kilolu (25-29.9) <input type="checkbox"/> Obez I (30-34.9) <input type="checkbox"/> Obez II (≥35)				
KB Sistolik (mmHg):		KB Diastolik (mmHg):		Nabız (atım/dk):	
Vücut Isısı (°C):		SaO ₂ (%):		Solunum (/dk):	

BÖLÜM 6 — SEMPTOM DEĞERLENDİRMESİ — MRS + GENİŞLETİLMİŞ KLİNİK SORGU

Menopause Rating Scale (MRS) — Heinemann ve ark., 2003. Türkçe versiyonu valide edilmiştir.
Puanlama: 0=Yok 1=Hafif 2=Orta 3=Şiddetli 4=Çok Şiddetli. Alt boyut toplamları ve global skor formu tamamlayan hekim tarafından hesaplanır.

SEMPTOM	0 Yok	1 Hafif	2 Orta	3 Şiddetli	4 Ç. Şiddetli
SOMATOVEJETATİF BOYUT (0–16)					
1. Sıcak basması / gece terlemeleri (vazomotor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kalp rahatsızlıkları (çarpıntı, düzensizlik, baskı hissi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uyku sorunları (uykuya dalma/sürdürme güçlüğü, erken uyanma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kas ve eklem ağrıları / şikayetleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSİKOLOJİK BOYUT (0–16)					
5. Depresif ruh hali (çökkünlük, ağlama, motivasyon kaybı)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinirlilik / agresiflik / duygu dalgalanması / öfke kontrolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Anksiyete / gerginlik / panik ataklar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fiziksel ve mental yorgunluk / enerji kaybı / dikkat bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÜROGENİTAL BOYUT (0–12)					
9. Cinsel sorunlar (istek azalması, lubrikasyon yetersizliği, dispareni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mesane sorunları (sık idrara gitme, inkontinans, acil sıkışma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vajinal kuruluk / kaşıntı / yanma (GSM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRS ALT BOYUT TOPLAMLAR					
Somatovejetatif (0-16): _____ / 16 Psikolojik (0-16): _____ / 16 Ürogenital (0-12): _____ / 12 TOPLAM MRS: _____ / 44					
Şiddet Sınıflaması: <input type="checkbox"/> Minimal (0-4) <input type="checkbox"/> Hafif (5-8) <input type="checkbox"/> Orta (9-16) <input type="checkbox"/> Ağır (≥17)					

GENİŞLETİLMİŞ KLİNİK SEMPTOM SORGUSU (Perimenopoz & Menopoz Semptom Formu — MENÜDER 2026)

SEMPTOM	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
HORMONAL SİSTEM				

Düzensiz kanamalar / Sık veya seyrek adet görme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şiş, hassas meme / Meme ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sivilce artışı (Akne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NÖROPSİKİYATRİK & DUYGUDURUM				
Beyin sisi (Unutkanlık, konsantrasyon eksikliği, hafıza zayıflama)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş ağrısı / Migren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş dönmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stresi yönetememe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üzüntü / Depresif mod / Öz güven eksikliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erteleme / Motivasyon kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşırı duygusallık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FİZİKSEL & KOZMETİK DEĞİŞİKLİKLER				
Cilt kuruluğu / Cilt değişiklikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saç dökülmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tırnaklarda kırılma / zayıflama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciltte karıncalanma / İğnelenme hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
METABOLİK DEĞİŞİMLER				
Vücut yağ dağılımında değişim (göbek çevresi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilo artışı / Metabolizma yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beslenme kontrolü kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KAS, EKLEM & İSKELET				
Kas ve eklem ağrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sert / tutuk boyun / Donuk omuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli sakatlanmalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÜROGENİTAL & CİNSEL SAĞLIK				
İdrara yetişememe / Sık idrara çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar yolları enfeksiyonu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KULAK, GÖZ & AĞIZ SAĞLIĞI				
Göz kuruluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulak çınlaması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağız kuruluğu / Ağızda yanma / Metalik tat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağrılı / kanayan diş eti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SİNDİRİM SİSTEMİ				
Sindirim problemleri (şişkinlik, hazımsızlık, gaz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DİĞER — Son dönemde yaşadığınız ancak yukarıda yer almayan şikayetlerinizi yazınız:				

BÖLÜM 7 — FİZİK MUAYENE VE JİNEKOLOJİK MUAYENE

GENEL FİZİK MUAYENE

Genel Görünüm:	
Baş-Boyun:	
Kardiyovasküler:	
Solunum:	
Batın Muayenesi:	
Ekstremiteler:	

MEME MUAYENESİ

Sağ Meme:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kitle <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Cilt değişikliği <input type="checkbox"/> Aksiler LAP Bulgu: _____
Sol Meme:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kitle <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Cilt değişikliği <input type="checkbox"/> Aksiler LAP Bulgu: _____

JİNEKOLOJİK MUAYENE

Vulva:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atrofi <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Distrofi Bulgu: _____
Vajen / pH:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atrofi (GSM) <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Lezyon pH: _____ Bulgu: _____
Serviks:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ektopi <input type="checkbox"/> Polip <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Kontakt kanama Bulgu: _____
Uterus:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Büyümüş <input type="checkbox"/> Fikse <input type="checkbox"/> Hassas <input type="checkbox"/> Myom Bulgu: _____
Adneksler:	Sağ: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kitle ___cm Sol: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kitle ___cm
Pelvik Taban:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sistosele <input type="checkbox"/> Rektosele <input type="checkbox"/> Uterin prolapsus Derece: _____

VAJİNAL SAĞLIK İNDEKSİ (VHI) — Bachmann 1994

SEMPATOM	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
HORMONAL SİSTEM				
Düzensiz kanamalar / Sık veya seyrek adet görme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şiş, hassas meme / Meme ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sivilce artışı (Akne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NÖROPSİKİYATRİK & DUYGUDURUM				
Beyin sisi (Unutkanlık, konsantrasyon eksikliği, hafıza zayıflama)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş ağrısı / Migren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş dönmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stresi yönetememe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üzüntü / Depresif mod / Öz güven eksikliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erteleme / Motivasyon kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aşırı duygusallık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FİZİKSEL & KOZMETİK DEĞİŞİKLİKLER				
Cilt kuruluğu / Cilt değişiklikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saç dökülmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tırnaklarda kırılma / zayıflama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciltte karıncalanma / İğnelenme hissi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
METABOLİK DEĞİŞİMLER				
Vücut yağ dağılımında değişim (göbek çevresi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kilo artışı / Metabolizma yavaşlama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beslenme kontrolü kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KAS, EKLEM & İSKELET				
Kas ve eklem ağrıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sert / tutuk boyun / Donuk omuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli sakatlanmalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÜROGENİTAL & CİNSEL SAĞLIK				
İdrara yetişememe / Sık idrara çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İdrar yolları enfeksiyonu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KULAK, GÖZ & AĞIZ SAĞLIĞI				
Göz kuruluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulak çınlaması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağız kuruluğu / Ağızda yanma / Metalik tat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ağrılı / kanayan diş eti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SİNDİRİM SİSTEMİ				
Sindirim problemleri (şişkinlik, hazımsızlık, gaz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DİĞER — Son dönemde yaşadığınız ancak yukarıda yer almayan şikayetlerinizi yazınız:				

BÖLÜM 7 — FİZİK MUAYENE VE JİNEKOLOJİK MUAYENE

GENEL FİZİK MUAYENE

Genel Görünüm:	
Baş-Boyun:	
Kardiyovasküler:	
Solunum:	
Batın Muayenesi:	
Ekstremiteler:	

MEME MUAYENESİ

Sağ Meme:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kitle <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Cilt değişikliği <input type="checkbox"/> Aksiler LAP Bulgu: _____
Sol Meme:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kitle <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Cilt değişikliği <input type="checkbox"/> Aksiler LAP Bulgu: _____

JİNEKOLOJİK MUAYENE

Vulva:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atrofi <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Distrofi Bulgu: _____
Vajen / pH:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atrofi (GSM) <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/> Lezyon pH: _____ Bulgu: _____
Serviks:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ektopi <input type="checkbox"/> Polip <input type="checkbox"/> Lezyon <input type="checkbox"/> Kontakt kanama Bulgu: _____
Uterus:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Büyümüş <input type="checkbox"/> Fikse <input type="checkbox"/> Hassas <input type="checkbox"/> Myom Bulgu: _____
Adneksler:	Sağ: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kitle ___cm Sol: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kitle ___cm
Pelvik Taban:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sistosele <input type="checkbox"/> Rektosele <input type="checkbox"/> Uterin prolapsus Derece: _____

VAJİNAL SAĞLIK İNDEKSİ (VHI) — Bachmann 1994

VHI Parametresi	1 (En Kötü)	2	3	4	5 (En İyi)
Elastisite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sekresyon tipi / miktarı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pH (≤ 4.6 = puan 5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epitel bütünlüğü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nemlilik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VHI TOPLAM SKOR: _____ / 25 (≤ 14 = atrofi; 15-20 = orta; ≥ 21 = normal)					

BÖLÜM 8 — LABORATUVAR VE GÖRÜNTÜLEME SONUÇLARI

A. HORMONAL PANEL (BHRT/MHT Öncesi Zorunlu)

Tetkik	Sonuç	Referans	Yorum / Tarih
FSH (IU/L)		Postmenopoz: >2 5-30	
LH (IU/L)		Postmenopoz: >1 5-30	
Östradiol E2 (pg/mL)		Postmenopoz: <20	
Progesteron (ng/mL)		Foliküler: <1.0	
Total Testosteron (ng/dL)		Kadın: 15-70	
Serbest Testosteron (pg/mL)		Hesaplanacak	
SHBG (nmol/L)		18-114	
DHEA-S (µg/dL)		Yaşa göre	
AMH (ng/mL)		Rezerv göstergesi	
Prolaktin (mIU/L)		<500	
TSH (µIU/mL)		0.4-4.0	
Serbest T3 (pg/mL)		2.3-4.2	
Serbest T4 (ng/dL)		0.8-1.8	
Kortizol Sabah 08:00 (µg/dL)		6-23	

B. METABOLİK & KARDİYOMETABOLİK PANEL

Tetkik	Sonuç	Referans	Yorum / Tarih
Açlık Kan Şekeri (mg/dL)		70-100	
HbA1c (%)		<5.7	
İnsülin (µIU/mL) / HOMA-IR		HOMA <2.5	
Total Kolesterol (mg/dL)		<200	
LDL Kolesterol (mg/dL)		<130 (risk göre)	
HDL Kolesterol (mg/dL)		≥50 (kadın)	
Trigliserid (mg/dL)		<150	
Non-HDL Kolesterol (mg/dL)		<160	
Homosistein (µmol/L)		<15	
CRP-hs (mg/L)		<1.0 düşük risk	
AST / ALT / GGT (U/L)		Laboratuvar referansı	
Üre / Kreatinin		Laboratuvar referansı	
Elektrolit (Na, K, Ca, Mg)		Laboratuvar referansı	
Tam Kan Sayımı (CBC)		Laboratuvar referansı	
Ferritin (ng/mL) / Demir-TDBK		Laboratuvar referansı	
Vitamin B12 (pg/mL)		>300	

C. KEMİK METABOLİZMASI & D VİTAMİNİ

Tetkik	Sonuç	Referans	Yorum / Tarih
25(OH) D Vitamini (ng/mL)		≥30 yeterli	
Kalsiyum (mg/dL)		8.5-10.5	
Fosfor (mg/dL)		2.5-4.5	
PTH (pg/mL)		15-65	
Osteokalsin (ng/mL)		Kemik dönüşüm	
CTX C-telopeptid (ng/mL)		Kemik yıkım mark.	
ALP (U/L)		44-147	

D. GÖRÜNTÜLEME VE DİĞER TESTLER

Tetkik	Sonuç	Referans	Yorum / Tarih
Pelvik USG — Endometrium (mm)		Postmenopoz: ≤4-5 mm	
Pelvik USG — Over hacmi / Bulgular		—	
Mamografi (BIRADS skoru)		0-6 kategorisi	
Meme USG		—	
DXA Lomber L1-L4 T-skoru		Normal: ≥-1.0 Osteopeni: -1/-2.5	
DXA Femur Boynu T-skoru		Osteoporoz: ≤-2.5	
DXA Total Kalça T-skoru		—	
FRAX 10 yıllık kırık riski (%)		—	
Pap Smear / HPV sonucu		—	

BÖLÜM 9 — AKADEMİK ÖLÇEKLER VE YAŞAM KALİTESİ SKORLARI

Ölçek	Başlangıç	Kontrol	Yorum
MRS Toplam (0-44)	_____ /44	_____ /44	
MRS Somatovejetatif (0-16)	_____ /16	_____ /16	
MRS Psikolojik (0-16)	_____ /16	_____ /16	
MRS Ürogenital (0-12)	_____ /12	_____ /12	
MENQOL Vazomotor (0-8)	_____ /8	_____ /8	
MENQOL Psikososyal (0-7)	_____ /7	_____ /7	
MENQOL Fiziksel (0-16)	_____ /16	_____ /16	
MENQOL Cinsel (0-3)	_____ /3	_____ /3	
FSFI Cinsel İşlev (0-36)	_____ /36	_____ /36	
VHI Vajinal Sağlık (0-25)	_____ /25	_____ /25	
PSQI Uyku Kalitesi (0-21)	_____ /21	_____ /21	
ISI İnsomnia Şiddeti (0-28)	_____ /28	_____ /28	
HADS Anksiyete (0-21)	_____ /21	_____ /21	
HADS Depresyon (0-21)	_____ /21	_____ /21	
PHQ-9 Depresyon Tarama (0-27)	_____ /27	_____ /27	
GAD-7 Anksiyete Tarama (0-21)	_____ /21	_____ /21	
HFRDIS Ateş Basması Interferans (0-100)	_____ /100	_____ /100	
GCS Greene Klimakteriyum Skalası			
Global Yaşam Kalitesi VAS (0-10)	_____ /10	_____ /10	
Framingham / SCORE Kardiyometabolik Riski	_____ %	_____ %	<input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Yüksek <input type="checkbox"/> Çok yüksek
KV Risk Faktörleri:	<input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Sigara <input type="checkbox"/> Obezite <input type="checkbox"/> Dislipidemi		

BÖLÜM 10 — HRT / MHT DEĞERLENDİRMESİ (IMS · NAMS · EMAS 2024)

KONTRENDİKASYON TARAMASI	
MUTLAK KONTRENDİKASYON:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Meme kanseri (aktif/öykü) <input type="checkbox"/> Endometrium kanseri <input type="checkbox"/> Açıklanamayan uterin kanama <input type="checkbox"/> Aktif VTE/PE <input type="checkbox"/> Aktif karaciğer hastalığı <input type="checkbox"/> Porfiri
GÖRELİ KONTRENDİKASYON:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Hipertrigliseridemi <input type="checkbox"/> Safra taşı <input type="checkbox"/> Migren + aura <input type="checkbox"/> Kontrolsüz HT <input type="checkbox"/> Risk faktörleri: _____
MHT Kararı:	<input type="checkbox"/> MHT başlandı <input type="checkbox"/> MHT devam <input type="checkbox"/> Doz ayarlandı <input type="checkbox"/> MHT sonlandırıldı <input type="checkbox"/> Kontrendike — alternatif planlandı <input type="checkbox"/> Hasta reddetti
MHT Uygunluğu:	<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Göreceli riskli <input type="checkbox"/> Kontrendike <input type="checkbox"/> Konsültasyon gerekli
MHT Başlama Süresi:	Son Adet / Menopoz Yaşından İtibaren: <input type="checkbox"/> <10 yıl <input type="checkbox"/> ≥10 yıl Yaş: <input type="checkbox"/> <60 yaş <input type="checkbox"/> ≥60 yaş
Meme Kanseri Riski:	<input type="checkbox"/> Ortalama risk <input type="checkbox"/> Aile öyküsü <input type="checkbox"/> Yüksek risk <input type="checkbox"/> BRCA taşıyıcısı
En Rahatsız Edici GSM Semptomu:	<input type="checkbox"/> Kuruluk <input type="checkbox"/> Disparoni <input type="checkbox"/> Yanma <input type="checkbox"/> İdrar yakınmaları <input type="checkbox"/> Tekrarlayan İYE
Libido / HSDD:	<input type="checkbox"/> Libido kaybı var <input type="checkbox"/> HSDD düşünüldü <input type="checkbox"/> FSFI değerlendirildi
HASTA HEDEFİ — Bu başvurudan beklentiniz nedir?	
<input type="checkbox"/> Ateş basmalarının düzelmesi <input type="checkbox"/> Uyku <input type="checkbox"/> Kilo kontrolü <input type="checkbox"/> Enerji artışı <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Vajinal kuruluk <input type="checkbox"/> Kemik sağlığı <input type="checkbox"/> Longevity / sağlıklı yaş alma <input type="checkbox"/> Diğer: _____	
UYGULANAN REJİM	
Östrojen Tipi:	<input type="checkbox"/> 17β-östradiol <input type="checkbox"/> Konjuge ekuin östrojeni (CEE) <input type="checkbox"/> Östradiol valerat <input type="checkbox"/> Estriol Doz: _____
Uygulama Yolu:	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Transdermal patch <input type="checkbox"/> Transdermal jel <input type="checkbox"/> Transdermal sprej <input type="checkbox"/> Vajinal <input type="checkbox"/> Subkutan implant
Progesteron Tipi:	<input type="checkbox"/> Mikronize progesteron <input type="checkbox"/> Didrogesterone <input type="checkbox"/> MPA <input type="checkbox"/> LNG-IUS <input type="checkbox"/> Yok (histerektomili) Doz: _____
Progesteron Rejimi:	<input type="checkbox"/> Sekansiyel (döngüsel) <input type="checkbox"/> Sürekli kombine <input type="checkbox"/> Uzun döngülü Başlangıç: _____ Kontrol: _____
Ek Tedaviler:	<input type="checkbox"/> Tibolon <input type="checkbox"/> Ospemifen <input type="checkbox"/> DHEA (intravajinal) <input type="checkbox"/> Androjen <input type="checkbox"/> SERM (bazedoksifen) <input type="checkbox"/> Diğer: _____
Non-Hormonal Tedavi:	<input type="checkbox"/> SSRI/SNRI <input type="checkbox"/> Gabapentin <input type="checkbox"/> Oxybutynin <input type="checkbox"/> Fezolinetant <input type="checkbox"/> Bitkisel <input type="checkbox"/> CBT/Davranışsal <input type="checkbox"/> Diğer: _____
Kemik Tedavisi:	<input type="checkbox"/> Kalsiyum + D vitamini (doz: _____) <input type="checkbox"/> Bifosfonat <input type="checkbox"/> Denosumab <input type="checkbox"/> Teriparatid <input type="checkbox"/> Romosozumab <input type="checkbox"/> SERM
Lokal Vajinal:	<input type="checkbox"/> Vajinal östrojen <input type="checkbox"/> Lubrikan / nemlendirici <input type="checkbox"/> Vajinal lazer / enerji bazlı tedavi <input type="checkbox"/> Pelvik taban fizyoterapisi

YAN ETKİ VE GÜVENLİK TAKİBİ

Yan Etki	Yok	Var	Açıklama
Meme hassasiyeti / ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vajinal kanama (beklenmedik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baş ağrısı / Migren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulantı / Hazımsızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ödem / Şişlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaşıntı / Vajinal akıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duygu durum değişikliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cilt reaksiyonu (patch/jel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BÖLÜM 11 — HASTA TAKİP ÇİZELGESİ — BHRT/MHT KONTROL TAKVİMİ

Parametre	Başlangıç	6-8. Hafta	3. Ay	6. Ay	12. Ay	Notlar
MRS Toplam	/44	/44	/44	/44	/44	
MENQOL						
FSFI	/36		/36	/36	/36	
VHI	/25		/25	/25	/25	
PSQI / ISI						
HADS / PHQ-9						
Sıcak basması/gün						
E2 (pg/mL)						
Progesteron						
Total Testosteron						
DHEA-S						
TSH / Tiroid						
Lipid Profili						
Mamografi / Meme USG		—	—			
Pelvik USG		—	—			
Pap Smear / HPV		—	—	—		
DXA / FRAX		—	—			
Hasta Memnuniyeti (0-10)						

BÖLÜM 12 — HASTA EĞİTİMİ, KARDİYOMETABOLİK RİSK VE KLİNİK PLAN

VERİLEN EĞİTİM KONULARI (Verildi: Verilmedi:)

- Menopoz süreci ve normal değişimler HRT/MHT faydaları ve riskleri Kardiyovasküler sağlık koruması Kemik sağlığı ve osteoporoz önlemi
 Beslenme ve kilo yönetimi Egzersiz ve fiziksel aktivite Uyku hijyeni Stres yönetimi ve psikolojik destek
 Cinsel sağlık ve GSM

KLİNİK TANI VE TEDAVİ PLANI

Primer Tanı (ICD-11):	
Ek Tanılar:	
Kısa Vadeli Hedef:	
Uzun Vadeli Hedef:	
Konsültasyon:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Kardiyoloji <input type="checkbox"/> Endokrinoloji <input type="checkbox"/> Psikiyatri <input type="checkbox"/> Üroloji <input type="checkbox"/> Ortopedi <input type="checkbox"/> Diğer: _____
Yapılacak Tetkikler:	
Sonraki Kontrol:	Tarih: _____ <input type="checkbox"/> Yüz yüze <input type="checkbox"/> Telemedisin <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Acil başvuru
Hekim Notu:	

BÖLÜM 13 — BHRT/MHT UYGUNLUK ÖN DEĞERLENDİRME CHECKLİSTİ**TIBBİ ÖYKÜ & RİSK**

<input type="checkbox"/>	Meme kanseri öyküsü yok / varsa değerlendirildi
<input type="checkbox"/>	Endometrium — rahim kanseri öyküsü sorgulandı
<input type="checkbox"/>	Yumurtalık kanseri öyküsü değerlendirildi
<input type="checkbox"/>	Ailede 1. derece meme kanseri sorgulandı
<input type="checkbox"/>	Pıhtılaşma bozukluğu / DVT / PE öyküsü sorgulandı
<input type="checkbox"/>	Trombofili taraması (öykü varsa) yapıldı
<input type="checkbox"/>	Kronik hastalıklar kaydedildi
<input type="checkbox"/>	Kullanılan tüm ilaçlar kaydedildi
<input type="checkbox"/>	Sigara / alkol durumu değerlendirildi

JİNEKOLOJİK DEĞERLENDİRME

<input type="checkbox"/>	Pelvik USG yapıldı
<input type="checkbox"/>	Endometrium kalınlığı ölçüldü
<input type="checkbox"/>	Smear testi yapıldı / sonucu değerlendirildi
<input type="checkbox"/>	HPV testi (gerekirse) yapıldı
<input type="checkbox"/>	Vajinal atrofik değişiklikler (GSM) değerlendirildi
<input type="checkbox"/>	VHI skoru hesaplandı

MEME SAĞLIĞI

<input type="checkbox"/>	Klinik meme muayenesi yapıldı
<input type="checkbox"/>	Meme USG (40 yaş altı veya risk varsa)
<input type="checkbox"/>	Mamografi (40 yaş üstü veya risk varsa)

LABORATUVAR — BHRT ÖNCESİ ZORUNLU

<input type="checkbox"/>	Estradiol (E2) <input type="checkbox"/>	Progesteron <input type="checkbox"/>	Total Testosteron <input type="checkbox"/>	Serbest Testosteron <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	SHBG <input type="checkbox"/>	DHEA-S <input type="checkbox"/>	TSH <input type="checkbox"/>	Serbest T3 <input type="checkbox"/>	Serbest T4 <input type="checkbox"/>	Prolaktin <input type="checkbox"/>	Kortizol <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Tam Kan Sayımı <input type="checkbox"/>	Açlık Kan Şekeri <input type="checkbox"/>	HbA1c <input type="checkbox"/>	İnsülin <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Lipid Profili <input type="checkbox"/>	AST/ALT/GGT <input type="checkbox"/>	Üre/Kreatinin <input type="checkbox"/>	Elektrolitler <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Ferritin/Demir <input type="checkbox"/>	Vitamin D <input type="checkbox"/>	Vitamin B12 <input type="checkbox"/>	CRP/hs-CRP <input type="checkbox"/>			

BHRT BAŞLANGIÇ UYGUNLUK

<input type="checkbox"/>	Tüm testler incelendi ve değerlendirildi
<input type="checkbox"/>	Kanser taramaları normal sınırdadır
<input type="checkbox"/>	Endometrium güvenli ($\leq 4-5$ mm veya değerlendirildi)
<input type="checkbox"/>	Meme görüntülemesi normal / güvenli
<input type="checkbox"/>	Kişiyeye özel riskler değerlendirildi
<input type="checkbox"/>	Tedavi için UYGUN <input type="checkbox"/> UYGUN DEĞİL, Neden: _____

HASTA BİLGİLENDİRME VE ONAM

<input type="checkbox"/>	Hasta BHRT/MHT hakkında sözlü ve yazılı bilgilendirildi
<input type="checkbox"/>	Olası yan etkiler anlatıldı
<input type="checkbox"/>	Düzenli kontrollerin önemi açıklandı
<input type="checkbox"/>	Hasta yazılı onam verdi

BÖLÜM 14 — AKADEMİK ARAŞTIRMA VERİ TOPLAMA EKİ

NOT: Bu ek yalnızca onaylı araştırma protokolü kapsamında doldurulur. Yerel etik komite onayı şarttır. KVKK & GDPR uyumlu veri işleme zorunludur. Validasyonlu Türkçe ölçek versiyonları kullanılmalıdır.

ARAŞTIRMA KİMLİK BİLGİLERİ

Çalışma Adı / Protokol No:		Etik Kurul Onay No:	
NCT / EudraCT No:		Katılımcı ID (anonim):	
Randomizasyon Grubu:	<input type="checkbox"/> Müdahale <input type="checkbox"/> Kontrol <input type="checkbox"/> Plasebo	Kayıt Tarihi:	
Çalışma Tasarımı:	<input type="checkbox"/> RCT <input type="checkbox"/> Kohort <input type="checkbox"/> Kesitsel <input type="checkbox"/> Olgu-kontrol <input type="checkbox"/> Meta-analiz <input type="checkbox"/> Vaka serisi		

PRİMER ÇIKTI DEĞİŞKENLERİ

Ölçek	Skor	Ölçek	Skor
MRS Toplam	/44	HFRDIS Toplam	/100
MENQOL Vazomotor	/8	ISI İnsomnia	/28
MENQOL Psikososyal	/7	PHQ-9	/27
MENQOL Fiziksel	/16	GAD-7	/21
MENQOL Cinsel	/3	FSFI Toplam	/36
GCS Greene Skala		Global YK VAS	/10

SEKONDER ÇIKTI DEĞİŞKENLERİ

Ateş Basması Frekansı/24h		Ateş Basması Şiddet Skoru	
DXA T-skoru Lomber		DXA T-skoru Femur	
FRAX Kırık Riski (%)		VKİ (kg/m ²)	
HOMA-IR		Framingham Risk Skoru (%)	

VERİ KALİTE KONTROL

Veri Kalite Kontrol:	<input type="checkbox"/> Çift veri girişi <input type="checkbox"/> Araştırmacı eğitimi tamamlandı <input type="checkbox"/> Pilot test yapıldı <input type="checkbox"/> Missing data protokolü tanımlı
İstatistik Yazılımı:	<input type="checkbox"/> SPSS <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> STATA <input type="checkbox"/> SAS Güç analizi (n): _____

Referanslar: MRS (Heinemann 2003) · MENQOL (Lewis 2005) · GCS (Greene 1998) · STRAW+10 (Harlow 2012) · HFRDIS (Carpenter 2001) · VHI (Bachmann 1994)

IMS 2024 · NAMS 2022 · EMAS 2024 · TÜKSAD Kılavuzlarına Uygun | MENÜDER Standart Hasta Takip Formu v3.0 — 2026

Hekim Adı Soyadı:	Uzman Ünvanı:	Tarih:
İmza / Kaşe:	Hasta İmzası:	Poliklinik:

MENÜDER MENOPOZ ÖZET SAYFASI

Menopoz Evresi	
MRS (Toplam / Alt Boyutlar)	Toplam: ___ /44 Som: ___ /16 Psi: ___ /16 Ürog: ___ /12
BMI (kg/m ²)	
KB (mmHg)	Sistolik: _____ Diastolik: _____
Mamografi Tarihi / BIRADS	Tarih: _____ BIRADS: _____
Pap Smear / HPV Tarihi	Pap: _____ HPV: _____
DXA Sonucu (T-skoru)	Lomber: _____ Femur: _____ Kalça: _____
MHT Uygunluğu	<input type="checkbox"/> Uygun <input type="checkbox"/> Göreceli riskli <input type="checkbox"/> Kontrendike
Başlanan Tedavi	
Kontrol Tarihi	