

Articulations et muscles

14 Ressentez-vous des gênes articulaires ou musculaires (douleurs, fatigue)

- ☐ Jamais ☐ Souvent
☐ Parfois ☐ Très souvent

Peau

15 Présentez-vous une sécheresse cutanée ?

- ☐ Jamais ☐ Souvent
☐ Parfois ☐ Très souvent

Facteurs de risque cardiovasculaire

16 Êtes-vous fumeuse ?

- ☐ Oui
☐ Non

17 Avez-vous déjà été traité ou suivie pour :

- ☐ Hypertension artérielle
☐ Cholestérol
☐ Diabète
☐ Aucun de ces éléments

Partagez vos résultats et parlez-en avec votre médecin traitant, votre sage-femme ou votre gynécologue - ils sont là pour vous accompagner.

Le flyer informatif

La CPTS Nougaro XIII-XV met à disposition un flyer d'information gratuit sur la ménopause : symptômes, solutions, professionnels de santé à consulter... tout ce qu'il faut savoir pour mieux vivre cette étape naturelle.

Scannez le QR code pour accéder directement au flyer.



Contact

-  cpts-nougaro.fr
 contact@cpts-nougaro.fr
 [cpts-nougaro-xiii-xv](https://www.linkedin.com/company/cpts-nougaro-xiii-xv)
 CPTS Nougaro XIII XV
 [cpts_nougaro_1315](https://www.instagram.com/cpts_nougaro_1315)

Périménopause ou ménopause ? Faites le test !

Évalue les signes possibles de la ménopause en 12 parties

La ménopause est une étape naturelle dans la vie d'une femme. Identifier ses premiers signes permet de mieux comprendre son corps, d'anticiper les changements et de prendre soin de soi au quotidien.

Santé de la femme

 CPTS NOUGARO XIII XV

Cycle menstruel

- 1** Constatez-vous des changements dans la régularité de votre cycle menstruel ?
- ☐ Oui
☐ Non

Bouffées de chaleur & transpiration

- 2** Présentez-vous des bouffées de chaleur ?
- ☐ Jamais ☐ Souvent
☐ Parfois ☐ Très souvent
- 3** Présentez-vous des sueurs nocturnes ou une transpiration inhabituelle ?
- ☐ Jamais ☐ Souvent
☐ Parfois ☐ Très souvent

Sommeil

- 4** Rencontrez-vous des problèmes de sommeil ou des réveils matinaux ?
- ☐ Jamais ☐ Souvent
☐ Parfois ☐ Très souvent

Humeur & émotion

- 5** Ressentez-vous des sautes d'humeur ou de l'anxiété ?
- ☐ Jamais ☐ Souvent
☐ Parfois ☐ Très souvent
- 6** Avant vos règles, aviez-vous régulièrement des symptômes importants (irritabilité, anxiété, tristesse, hypersensibilité émotionnelle etc) ?
- ☐ Oui
☐ Non
☐ Je ne sais pas

Mémoire & concentration

- 7** Ressentez-vous une fatigue mentale et/ou un brouillard cérébral ou des difficultés de concentration et de mémoire ?
- ☐ Jamais ☐ Souvent
☐ Parfois ☐ Très souvent

Fatigue physique

- 8** Ressentez-vous une fatigue physique et/ou une gêne musculaire ou des maux de tête ?
- ☐ Jamais ☐ Souvent
☐ Parfois ☐ Très souvent

Santé intime & sexualité

- 9** Avez-vous constaté des modifications de votre sexualité ?
- ☐ Oui
☐ Non
- 10** Présentez-vous une sécheresse vaginale ?
- ☐ Jamais ☐ Souvent
☐ Parfois ☐ Très souvent

Santé urinaire

- 13** Présentez-vous des problèmes urinaires (difficultés à uriner, besoins fréquents d'uriner ou incontinence) ?
- ☐ Jamais ☐ Souvent
☐ Parfois ☐ Très souvent

Poids et alimentation

- 12** Avez-vous constaté une variation de poids ou des changements dans vos habitudes alimentaires (grignotage, attirance pour le sucre, etc..) ?
- ☐ Oui
☐ Non

