

# FIBROID SYMPTOM QUESTIONNAIRE

## PATIENT INFORMATION

Name \_\_\_\_\_ Today's Date \_\_\_\_\_  
Date of Birth \_\_\_\_\_

## MEDICAL HISTORY

Date fibroids diagnosed \_\_\_\_\_ month/year      Diagnosis method     Ultrasound     MRI     Physical Exam  
(check all that apply)

## MENSTRUAL CYCLE

Time between periods       <24 days (Frequent)     24-38 days (Normal)     >38 days (Infrequent)

Duration of period       1-4 days     5-8 days     8+ days

Bleeding volume       Light     Moderate     Heavy

During your heaviest day of bleeding, how many pads or tampons do you use?       1-5     6-10     11 or more

Do you pass blood clots during your period?       Yes     No

Have you ever been diagnosed with anemia?       Yes     No

Have you required a blood transfusion?       Yes     No

## SYMPTOMS

Check all that apply:       Painful intercourse       Pelvic pressure       Constipation  
 Heavy menstrual bleeding       Interrupted sleep       Backache  
 Menstrual cramping       Increased waist size       Fatigue  
 Frequent urination       Additional \_\_\_\_\_

How long have you experienced these symptoms: \_\_\_\_\_

## MEDICAL THERAPY TO DATE

Check all that apply:       Birth control pills       Medicated IUD (Mirena)/Progestins (including Depo-Provera)  
 Lupron/Orilissa/Oriahnn       Other \_\_\_\_\_

## LIFESTYLE ADJUSTMENTS

Do you experience psychological effects from your symptoms?       Low self-esteem     Depression     Anxiety  
 Lack of confidence     Other \_\_\_\_\_

Do you miss days of work?       Yes     No      Average # days/month:     1-2 day     3-5 days     5+ days

Do you have issues soiling your clothes?       Yes     No

Do you avoid leaving home, or traveling, or attending social gatherings?       Yes     No

Do you have relationship stress due to your fibroid symptoms?       Yes     No

Is there anything else you would like to share: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO SOBRE SÍNTOMAS DE FIBROMAS

## INFORMACIÓN SOBRE LA PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS

Fecha del diagnóstico de fibromas \_\_\_\_\_  
mes/año

Método de diagnóstico  
(marque todos los que correspondan)

Ecografía  Resonancia magnética  Exploración física

## CICLO MENSTRUAL

Tiempo entre menstruaciones  <24 días (frecuentes)  24-38 días (normales)  >38 días (infrecuentes)

Duración de la menstruación  1-4 días  5-8 días  Más de 8 días

Volumen de sangrado  Leve  Moderado  Abundante

Durante el día en que su sangrado es máximo,  
¿cuántas toallas sanitarias o tampones usa?  1-5  6-10  11 o más

¿Expulsa coágulos de sangre durante su menstruación?  Sí  No

¿Le han dado alguna vez un diagnóstico de anemia?  Sí  No

¿Ha necesitado una transfusión de sangre?  Sí  No

## SÍNTOMAS

Marque todas las respuestas aplicables:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor en las relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Presión pélvica                  | <input type="checkbox"/> Estreñimiento    |
| <input type="checkbox"/> Sangrado menstrual abundante     | <input type="checkbox"/> Perturbaciones del sueño         | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Cólicos menstruales              | <input type="checkbox"/> Aumento del tamaño de la cintura | <input type="checkbox"/> Fatiga           |
| <input type="checkbox"/> Necesidad frecuente de orinar    | <input type="checkbox"/> Otro _____                       |   |

¿Desde hace cuánto experimenta estos síntomas? \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO MÉDICO HASTA LA FECHA

Marque todas las respuestas aplicables:  Píldoras anticonceptivas  DIU medicado (Mirena)/Progestágenos (incluido Depo-Provera)  
 Lupron/Orilissa/Oriahnn  Otro \_\_\_\_\_

## AJUSTES DEL ESTILO DE VIDA

¿Sufre efectos psicológicos a causa de sus síntomas?  Baja autoestima  Depresión  Ansiedad

Falta de confianza  Otro \_\_\_\_\_

¿Pierde días de empleo?  Sí  No N.º de días (en promedio)/mes:  1-2 días  3-5 días  Más de 5 días

¿Tiene problemas porque se le ensucia la ropa?  Sí  No

¿Evita salir de su casa, viajar o asistir a reuniones sociales?  Sí  No

Sus síntomas de fibromas, ¿le causan tensión en sus relaciones?  Sí  No

¿Hay algo más que quiera comentar? \_\_\_\_\_