**Questionário – TPM**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idade:\_\_\_\_\_

1. **Como você se sente psicologicamente no seu período pré-menstrual?**
2. Não tenho alterações de humor
3. Choro sem motivo, aparentemente
4. Fico estressada muito fácil
5. **Como é a sua alimentação durante a TPM?**
6. Costumo seguir a dieta, balanceando frutas e vegetais
7. Tenho vontade de comer massas e chocolates
8. Não tenho apetite
9. **Você sente dores físicas?**
10. Não
11. Sim, seios inchados e/ou corpo dolorido
12. Sim, tenho a sensação de ganhar peso
13. **Você ver mudanças no seu rosto?**
14. Sim, nascem muitas espinhas
15. Sim, fica inchado
16. Não
17. **Você dorme bem nos dias que antecedem a menstruação?**
18. Eu sempre durmo bem
19. Tenho insônia nos primeiros dias
20. Passo o período completo dormindo mal
21. **Como fica a sua memória?**
22. Não percebo nenhuma diferença
23. As vezes fico distraída e esqueço o que iria falar
24. Muda muito, esqueço coisas importantes
25. **O que prefere fazer nesses dias?**
26. Ficar em casa
27. Ir para a academia
28. Sair para se distrair
29. **Você sente tontura?**
30. Sim, tontura leve
31. Sim, tontura forte
32. Não
33. **Como fica o seu treino na academia?**
34. Continuo na mesma intensidade
35. Diminuo o peso
36. Vou frequento a academia
37. **Qual a intensidade da sua TPM?**
38. Alta, a ponto de ir sempre ao hospital
39. Moderada, passa com remédio ou repouso
40. Baixa, não sinto nada