

Månad: _____

PMS - kalender

Namn: _____

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Mens																																
Nedstämdhet	☹☹																															
	☹☺																															
	☺☺																															
	☺																															
Lätt irriterad	☹☹																															
	☹☺																															
	☺☺																															
	☺																															
Humörsvängningar	☹☹																															
	☹☺																															
	☺☺																															
	☺																															
Ommande bröst	☹☹																															
	☹☺																															
	☺☺																															
	☺																															
Minskad intresse för dagliga aktiviteter	☹☹																															
	☹☺																															
	☺☺																															
	☺																															
Huvudvärk	☹☹																															
	☹☺																															
	☺☺																															
	☺																															
Trötthet / Låg energi	☹☹																															
	☹☺																															
	☺☺																															
	☺																															
Sötsug / Matsug (apatiiförändr.)	☹☹																															
	☹☺																															
	☺☺																															
	☺																															

Markera hur du upplever PMS-besvären varje dag:

- ☹☹ svåra
- ☹☺ måttliga
- ☺☺ lindriga
- ☺ inga

Markera vilka dagar du har mens.

Fyll i månad och ditt namn högst upp.

Skriv gärna ut flera ex och fyll i kalendern under några månader. Ta med de ifyllda kalendrarna när du besöker vården för att prata om din PMS.

Månad: _____

PMS - kalender

Namn: _____

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Mens																																
Sömnstörning																																
Orkeslös																																
Oro / Angest																																
Koncentrations- svårigheter																																
Svullen / Viktökning																																
Acne / Dålig hy																																
Annat																																

Markera hur du upplever PMS-besvären varje dag:

- svåra
- måttliga
- lindriga
- inga

Markera vilka dagar du har mens.

Fyll i månad och ditt namn högst upp.

Skriv gärna ut flera ex och fyll i kalendern under några månader. Ta med de ifyllda kalenderna när du besöker vården för att prata om din PMS.