MENOPAUSAL SKINCARE · BEZPŁATNY WYDRUK

Mój dziennik *skóry* w menopauzie

Skóra zmieniła się w okresie menopauzy? Prawdopodobnie potrzebujesz mniej kroków, nie więcej. Trzy zadania wystarczą na większość dni: delikatnie oczyść, zadbaj o komfort skóry, chroń ją przed słońcem.

Zostaw to, co działa
Produkty, które już dobrze znosisz, mogą zostać.

Jedna zmiana naraz
Wtedy wiesz, co pomogło.

Daj temu kilka tygodni
Chyba że szczypie lub piecze: wtedy przestań.

Rano

1 **Oczyść delikatnie, tylko jeśli trzeba**
Łagodny krem, mleczko lub emulsja do mycia. Nie mydło. Woda przyjemnie ciepła, nie gorąca.

Mój produkt: _____

2 **Nawilż**
Bez kompozycji zapachowej. Szukaj ceramidów, gliceryny lub kwasu hialuronowego.

Mój produkt: _____

3 **Filtr przeciwsłoneczny SPF 30 lub wyższy**
Szerokie spektrum, na odsłoniętą skórę przed wyjściem. Na zewnątrz powtarzaj mniej więcej co 2 godziny.

Mój produkt: _____

Wieczorem

1 **Zmyj filtr i makijaż**
Nawilżający środek do mycia.

Mój produkt: _____

2 **Leczenie przepisane przez lekarza, jeśli je masz**
Stosuj dokładnie tak, jak zalecił lekarz.

Mój produkt: _____

3 **Nawilż**
Krem na dzień też może się tu sprawdzić, jeśli jego instrukcja i konsystencja pasują na noc.

Mój produkt: _____

Opcjonalnie: tylko z jasnym celem

Cel brzmi na przykład: *„Twarz jest napięta już w południe."* · *„Chcę popracować nad przebarwieniami."* · *„Zaproponował to lekarz."* **Brak celu? Pomiń.** Serum jest opcjonalne. Przed rozpoczęciem retinoidu (kremu z witaminą A, który może szczypać) zapytaj farmaceutę lub pracownika ochrony zdrowia.

_____

Po kąpieli lub prysznicu

Osusz skórę ręcznikiem, a potem nawilż suchą skórę ciała, gdy jest jeszcze wilgotna.

_____

Jak korzystać z dziennika

1. Prowadź prostą rutynę (ta strona).
2. Oceniaj skórę każdego wieczoru (strona 2).
3. Zabierz stronę 3 na wizytę.

menopausal-skincare.com/pl/guides/simple-menopause-skincare-routine
Pełny poradnik: dlaczego każdy krok pomaga i z czego zrezygnować.
Wersja 1 · źródła sprawdzone 1 listopada 2026 · informacje ogólne, nie porada medyczna.

CZTERY TYGODNIE · OCENA KAŻDEGO WIECZORU

Moja skóra *dzień po dniu*

Wpisz **0**, jeśli objawu nie było; pole zostaw puste tylko wtedy, gdy zapomniałaś. Zmieniłaś produkt, lek lub środek do prania? Dopisz go do tabeli poniżej i wpisz jego numer w dolnym wierszu.

(0) brak (1) łagodne (2) uciążliwe (3) silne lub uniemożliwiło mi działanie

Data początku _____	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Suchość lub napięcie														
Swędzenie														
Pełzanie lub mrowienie														
Kłucie lub pieczenie														
Nagłe zaczerwienienie (gorąco)														
Zaczerwienienie lub wysypka														
Swędzenie obudziło mnie														
Zmiana? jej numer														

Dzień	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Suchość lub napięcie														
Swędzenie														
Pełzanie lub mrowienie														
Kłucie lub pieczenie														
Nagłe zaczerwienienie (gorąco)														
Zaczerwienienie lub wysypka														
Swędzenie obudziło mnie														
Zmiana? jej numer														

Produkty, które zaczynam lub przestaję stosować

#	Produkt, lek lub środek do prania	Od dnia	Do dnia	Reakcja?
1				T / N
2				T / N
3				T / N
4				T / N
5				T / N

Szukaj pomocy od razu, nie czekaj na dziennik: wysypka, która jest bolesna, tworzy pęcherze lub szybko się szerzy, gorączka lub złe samopoczucie, obrzęk ust lub oczu albo trudności z oddychaniem (112 lub lokalny numer alarmowy).

ZABIERZ TO DO LEKARZA, PIELĘGNIARKI LUB DERMATOLOGA

Moje podsumowanie *na wizytę*

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____

Data wizyty _____

Ze strony 2	Dni z oceną 2 lub 3	Najgorsza ocena
Suchość lub napięcie		
Swędzenie		
Pełzanie lub mrowienie		
Kłucie lub pieczenie		
Nagłe zaczerwienienie (gorąco)		
Zaczerwienienie lub wysypka		
Swędzenie obudziło mnie		

Kiedy się zaczęło?

_____

Czy się rozszerzyło?

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie wiem

Gdzie na ciele

☐ Twarz ☐ Szyja ☐ Klatka piersiowa
☐ Skóra głowy ☐ Ręce ☐ Nogi ☐ Plecy
☐ Pachy

Wpływa na:

☐ Sen ☐ Praca ☐ Nastrój ☐ Niewiele

Leki i HTZ, które przyjmuję (i ostatnie zmiany)

_____

_____

Alergie lub choroby skóry (egzema, trądzik różowaty, łuszczyca)

_____

Co już próbowałam i co się stało

_____

_____

Inne zmiany w menopauzie (uderzenia gorąca, sen, miesiączki)

_____

Moje pytania

_____

_____

Zabierz stronę 2, opakowania produktów lub listy składników oraz ewentualne zdjęcia. Zapis pomaga na wizycie, ale nie podpowie ci przyczyny.

Nie czekaj na ten dziennik · Umów wizytę od razu przy swędzeniu, które jest silne, rozległe, wraca lub zaburza sen, albo przy nowej wysypce, guzku lub obrzęku. **Szukaj pomocy medycznej** przy wysypce, która jest bolesna, tworzy pęcherze, szybko się szerzy lub towarzyszy jej gorączka. **Zadzwoń pod 112 lub lokalny numer alarmowy** przy trudnościach z oddychaniem lub połykaniem albo przy obrzęku ust lub oczu.