Frågeformulär inför nybesök

Välkommen till vår mottagning!

Vi ber Dig fylla i detta frågeformulär inför läkarbesöket och ta med det när du kommer till vår mottagning, som hjälp för vår genomgång och uppföljning av dina besvär.

Frågeformuläret behandlas med full sekretess som en journalhandling.

Du väljer själv hur mycket Du vill fylla i: kryssa i de rutor som stämmer in på Dig, hoppa över frågor som inte känns relevanta.

Namn………………………………………... …………………………………..

Personnummer…………………………….. Datum…………………………..

**Besvär från underlivet**

1. Aktuella besvär från underlivet:

❏ klåda ❏ svider ❏ bränner ❏ annan smärta ❏ flytningar ❏ torr ❏ svullen ❏ blåsor ❏ sprickor ❏ andra sår ❏ urinträngningar ❏ annat:

………………………………………………………………......................................

.

1. När började besvären?………………..………………………………………………
2. Hur började besvären? ……………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

1. Ökar besvären i samband med ❏ mens ❏ tampong ❏ tajta kläder

❏ cykling, ridning ❏ samlag

❏ annat

❏ mest besvär nattetid ❏ mest besvär dagtid

1. Vilka mediciner eller produkter (tabletter, salvor, slidstavar) har du använt för dina underlivsbesvär?

…………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………...……

1. Har du haft ömhet eller smärta i underlivet utan någon beröring eller tryck mot området under de senaste fyra veckorna? ❏ Nej: fortsätt till fråga nr 9. ❏ Ja
2. Hur ofta har du haft ömhet eller smärta i underlivet utan någon beröring eller tryck mot området under de senaste fyra veckorna?

❏ Enstaka gånger, inte varje vecka ❏ Varje vecka, men inte varje dag

❏ Varje dag, men inte hela tiden. ❏ Hela tiden

1. Om du haft ömhet eller smärta i underlivet utan beröring, hur skulle du bedöma din nivå (grad) av smärta när det varit som sämst de senaste fyra veckorna?

Inget obehag ❏❏❏❏❏❏❏❏❏❏❏ Värsta tänkbara smärta

**Hygienvanor för underlivet**

1. Använder vid underlivshygien ❏ tvål ❏ endast vatten ❏ olja
2. Smörjer regelbundet huden och slemhinnor i underlivet med

❏ olja: vilken?.....................................................................................................

❏ mjukgörande kräm/salva: vilken?....................................................................

❏ annat t.ex. hälsokostpreparat:…………………................................................

1. Mensskydd? ❏ binda ❏ tampong ❏ trosskydd mellan mens ❏ har inte mens
2. Rakar/vaxar underlivet regelbundet ❏ Nej ❏ Ja

**Gynekologi**

1. När senaste mens: ………………......

Regelbunden mens ❏ Ja ❏ Nej ❏ Passerat klimakteriet: vilket år?……………

1. Svår mensvärk:❏ Nej ❏ Ja
2. Vaginal förlossning: antal…..…………………. Kejsarsnitt, antal…………..….....
3. Använder preventivmedel. ❏ Nej ❏ Ja: Vilket?..................................................

.............................................................................................................................

1. Tidigare preventivmedel? Vad? .................................................………..............

…………………………………………………………………………………………...

Ålder vid p-pillerstart……………...........................................................................

1. Vilket år togs cellprov senast?.............................................................................
2. Har du haft cellförändringar på livmodertappen ❏ Nej ❏Ja
3. Har du haft svampinfektion? ❏ Nej: gå till fråga nr 27.

❏ Ja: Hur ofta svampinfektion senaste året? ❏0 ❏ 1-3 gånger ❏ 4-10 gånger ❏ mer än 10 gånger ❏ ofta vid mens

1. Om du haft återkommande svampinfektioner: vilket år började detta?...............
2. Har du senaste året använt behandling mot svamp med receptfria slidpiller och/eller kräm: ❏1-3 ggr, ❏ 4-10 ggr, ❏ mer än 10 ggr
3. Har du senaste året använt behandling mot svamp med kapsel via munnen:

❏ engångsdos ❏upprepade korta behandlingar

❏ långtidsbehandling: Hur lång behandling: .......................................................

1. När avslutades senaste svampbehandlingen?....................................................
2. Svampbehandling brukar hjälpa? ❏ Ja ❏ Nej.
3. Har du besvär med illaluktande flytningar? (bakteriell vaginos)

❏ Nej ❏Ja. Sedan hur länge?......................………………………………............

❏ Fått receptbelagd behandling mot detta? Vad?..............................................

❏ Använt egenbehandling/mjölksyra produkter? Vad?.......................................

…………………………………………………………………………………………...

1. Har du haft kondylom?

❏ Nej ❏Ja ❏ingen behandling

Behandlats med ❏ Wartec ❏ Aldara ❏ laser/diatermi(bränning)

1. Har du haft herpesinfektion i underlivet? ❏ Nej ❏Ja

❏Använder tablettbehandling mot herpes ❏ använt långtidsbehandling

Hur ofta besvär?..………………………………………………………………

1. Har du haft klamydiainfektion ❏ Nej ❏ Ja
2. Har du haft dåliga erfarenheter av gynundersökning? ❏ Nej ❏ Ja.

**Hud och allergier**

1. Har du eller har haft ❏ astma ❏ barneksem ❏ hösnuva ❏ eksem ❏ psoriasis ❏ lichen

❏ annan hudsjukdom, vad?.…………………….…………….

1. Har du någon behandling mot hudsjukdom? ❏ Nej

❏ Ja: Vad?....................................................................................................................

1. Är du överkänslig för kontakt med ❏ nickel, ❏ plåster, ❏ parfym, ❏ gummi,

❏ konserveringsmedel ❏annat: ........................................................................

Vad händer vid kontakt?......................................................................................

1. Är du överkänslig mot läkemedel? ❏ Nej

❏ Ja: Vilka?...................................................................................................................

Vad händer vid kontakt?......................................................................................

**Övrig hälsa**

1. Tar du några läkemedel? ❏ Nej ❏ Ja: vilka? …………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. Har du nuvarande eller tidigare besvär med

❏ Urinvägar ❏ Mag/tarmproblem ❏ Värk i huvud, nacke eller axlar

❏ Smärtor i rygg eller bäcken ❏ Ledbesvär

❏ Sår eller andra problem med tandkött eller munslemhinnor

❏ Depression ❏ Ångest

❏ Ätstörningar ❏Annan sjukdom eller besvär?……………………………….…..

…………………………………………………………………………………………..

1. Har du genomgått någon operation: ❏ Nej ❏ Ja: Vad?……………………….

…………………………………………………………………………………………..

1. Röker/snusar du? ❏ Nej ❏ Ja
2. Har du sjukgymnastkontakt eller liknande? För vad

…………………………………………………………………………………………..

1. Har/har haft samtalskontakt? ❏ Nej ❏ Ja, pågående ❏ Ja, tidigare men avslutad
2. Hur har du mått psykiskt de senaste 3 månaderna?

Bästa tänkbara ❏❏❏❏❏❏❏❏❏❏❏ Sämsta tänkbara psykiska hälsa

psykiska hälsa

**Social situation**

1. ❏ studerar ❏ arbetar: med vad? ………………………………………………......

❏ arbetssökande ❏ sjukskriven ❏ gift/ sambo ❏ bor ensam ❏ bor med föräldrar/annan ❏ fast relation, sedan hur länge.................... ❏ ej fast relation

**Egna kommentarer:**

………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

Om du har smärta eller andra problem i samband med sex var vänlig fyll i resten av formuläret.

I annat fall sluta här: Tack!

OBS: Du väljer själv hur mycket Du vill fylla i: kryssa i en eller flera rutor som stämmer in på Dig, hoppa över frågor som inte känns relevanta.

Vaginalt samlag kan ersättas med annat vaginalt införande vid sex.

1. Var får du ont?

❏vid vaginalt samlag: ytligt i slidmynningen ❏vid vaginalt samlag: på djupet, ont upp i magen

❏annan smärta: ………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………..

1. När började du få smärta vid sex?…………………………………………………..
2. Har du haft vaginalt samlag under de senaste tre månaderna?

❏ Ja, minst en gång per vecka ❏ Ja, 1-3 gånger per månad

❏ Ja, 1-2 gånger per tre månader

❏ Nej, har inte haft samlag på grund av smärta. Fortsätt till fråga 8.

❏ Nej, har inte varit aktuellt med vaginalt samlag av annan anledning. Fortsätt till fråga 8.

1. Hur ofta har du de senaste tre månaderna haft smärta **vid** vaginalt samlag?

❏ Aldrig ❏ Sällan ❏ Ungefär hälften av gångerna ❏ Oftast ❏ Varje gång

1. Hur skulle du bedöma din nivå (grad) av smärta **vid** det senaste samlaget?

Inget obehag ❏❏❏❏❏❏❏❏❏❏❏ Värsta tänkbara smärta

1. Hur ofta har du de senaste tre månaderna haft smärta **efter** vaginaltsamlag? ❏ Aldrig ❏ Sällan ❏ Ungefär hälften av gångerna ❏ Oftast ❏ Varje gång
2. Hur skulle du bedöma din nivå (grad) av smärta **efter** det senaste samlaget?

Inget obehag ❏❏❏❏❏❏❏❏❏❏❏ Värsta tänkbara smärta

1. Har du haft sex utan vaginalt samlag under de senaste tre månaderna?

❏ Ja, minst en gång per vecka ❏ Ja, 1-3 gånger per månad

❏ Ja, 1-2 gånger per tre månader

❏ Nej, har inte haft sex på grund av smärta. ❏ Nej, har inte varit aktuellt av annan anledning.

1. Hur skulle du gradera din sexuella lust under de 3 senaste månaderna?

Har alltid lust till sex ❏❏❏❏❏❏❏❏❏❏❏ Har aldrig lust till sex

1. Har du tidigare haft goda erfarenheter av sexuellt samliv? ❏ ja ❏ nej
2. Vid vilken ålder debuterade du sexuellt?.............................................................
3. Har ❏ sex med män ❏ sex med kvinnor
4. Torrhetskänsla i underlivet vid sex? ❏ ja ❏ nej
5. Kan du få orgasm? ❏ ja ❏ nej
6. Har vaginalt samlag eller samlagsförsök alltid varit smärtsamt? ❏ ja ❏ nej
7. Har haft tråkiga erfarenheter av sex i form av kränkningar, tvång, hot eller våld? ❏ ja ❏ nej

**Egna kommentarer:** …………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………......

Tack för att fyllt i vårt frågeformulär!