

# 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:

.....

2. När började besvären?.....

3. Hur började besvären? .....

.....

4. Ökar besvären i samband med  mens  tampong  tajta kläder

- cykling, ridning  samlag  
 annat .....

mest besvär nattetid  mest besvär dagtid

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

.....

.....

6. Har du haft ömhet eller smärta i underlivet utan någon beröring eller tryck mot området under de senaste fyra veckorna?  Nej: fortsatt till fråga nr 9.  Ja

7. 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

8. 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

9. Använder vid underlivshygien  tvål  endast vatten  olja
10. Smörjer regelbundet huden och slemhinnor i underlivet med
- olja: vilken?.....
- mjukgörande kräm/salva: vilken?.....
- annat t.ex. hälsokostpreparat:.....
11. Mensskydd?  binda  tampong  trosskydd mellan mens  har inte mens
12. Rakar/vaxar underlivet regelbundet  Nej  Ja

### Gynekologi

13. När senaste mens: .....  
Regelbunden mens  Ja  Nej  Passerat klimakteriet: vilket år?.....
14. Svår mensvärk:  Nej  Ja
15. Vaginal förlossning: antal..... Kejsarsnitt, antal.....
16. Använder preventivmedel.  Nej  Ja: Vilket?.....  
.....
17. Tidigare preventivmedel? Vad? .....  
.....
- Ålder vid p-pillerstart.....
18. Vilket år togs cellprov senast?.....
19. Har du haft cellförändringar på livmodertappen  Nej  Ja
20. 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
21. Om du haft återkommande svampinfektioner: vilket år började detta?.....

22. Har du senaste året använt behandling mot svamp med receptfria slidpiller och/eller kräm:  1-3 ggr,  4-10 ggr,  mer än 10 ggr
23. Har du senaste året använt behandling mot svamp med kapsel via munnen:  
 engångsdos  upprepade korta behandlingar  
 långtidsbehandling: Hur lång behandling: .....
24. När avslutades senaste svampbehandlingen?.....
25. Svampbehandling brukar hjälpa?  Ja  Nej.
26. Har du besvär med illaluktande flytningar? (bakteriell vaginos)
- Nej  Ja. Sedan hur länge?.....
- Fått receptbelagd behandling mot detta? Vad?.....
- Använt egenbehandling/mjölksyra produkter? Vad?.....
- .....
27. Har du haft kondylom?  
 Nej  Ja  ingen behandling  
 Behandlats med  Wartec  Aldara  laser/diatermi(bränning)
28. Har du haft herpesinfektion i underlivet?  Nej  Ja  
 Använder tablettbehandling mot herpes  använt långtidsbehandling
- Hur ofta besvär?.....
29. Har du haft klamydiainfektion  Nej  Ja
30. Har du haft dåliga erfarenheter av gynundersökning?  Nej  Ja.

### Hud och allergier

31. Har du eller har haft  astma  barneksem  hösnuva  eksem  psoriasis  lichen  
 annan hudsjukdom, vad?.....
32. Har du någon behandling mot hudsjukdom?  Nej  
 Ja:  
 Vad?.....
33. Är du överkänslig för kontakt med  nickel,  plåster,  parfym,  gummi,  
 konserveringsmedel  annat: .....
- Vad händer vid kontakt?.....

34. Är du överkänslig mot läkemedel?  Nej

Ja:

Vilka?.....

Vad händer vid kontakt?.....

### Övrig hälsa

35. Tar du några läkemedel?  Nej  Ja: vilka?

.....

36. 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?.....

.....

37. Har du genomgått någon operation:  Nej  Ja: Vad?.....

.....

38. Röker/snusar du?  Nej  Ja

39. Har du sjukgymnastkontakt eller liknande? För vad

.....

40. Har/har haft samtalskontakt?  Nej  Ja, pågående  Ja, tidigare men avslutad

41. Hur har du mått psykiskt de senaste 3 månaderna?

Bästa tänkbara  Sämsta tänkbara psykiska hälsa  
psykiska hälsa

### Social situation

42.  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 slidmyrningen  vid vaginalt samlag: på djupet, ont upp i magen  
 annan smärta: .....  
.....
2. När började du få smärta vid sex?.....
3. 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.
4. Hur ofta har du de senaste tre månaderna haft smärta **vid** vaginalt samlag?  
 Aldrig  Sällan  Ungefär hälften av gångerna  Oftast  Varje gång
5. Hur skulle du bedöma din nivå (grad) av smärta **vid** det senaste samlaget?  
Inget obehag  Värsta tänkbara smärta
6. Hur ofta har du de senaste tre månaderna haft smärta **efter** vaginalt samlag?  
 Aldrig  Sällan  Ungefär hälften av gångerna  Oftast  Varje gång
7. Hur skulle du bedöma din nivå (grad) av smärta **efter** det senaste samlaget?  
Inget obehag  Värsta tänkbara smärta
8. 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.
9. Hur skulle du gradera din sexuella lust under de 3 senaste månaderna?

Har alltid lust till sex  Har aldrig lust till sex

10. Har du tidigare haft goda erfarenheter av sexuellt samliv?  ja  nej

11. Vid vilken ålder debuterade du sexuellt?.....

12. Har  sex med män  sex med kvinnor

13. Torrhetskänsla i underlivet vid sex?  ja  nej

14. Kan du få orgasm?  ja  nej

15. Har vaginalt samlag eller samlagsförsök alltid varit smärtsamt?  ja  nej

16. 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!