

Frågeformulär inför gynekologbesök

Frågeformuläret är utformat för att kunna användas för alla åldrar och besvär. Om frågorna uppenbart inte gäller dig går det bra att hoppa över dessa delar. Om inte raderna räcker till går det att skriva på baksidan. Formuläret är en hjälp vid besöket och kommer normalt inte arkiveras.

Datum för ifyllande: _____ Födelsedatum: _____

Namn: _____ Mobilnummer: _____

Adress: _____ E-mailadress: _____

Postadress: _____ Yrke/sysselsättning: _____

Civilstånd: ensamstående gift sambo skild annat _____

Kostvanor: husmanskost vegetarian glutenfri kost mjölkfri kost ketokost annat, ev kommentar

Motionsvanor: inga dagliga promenader lätt måttlig intensiv ev kommentar

Rökning: ja; antal cigaretter/dag _____ nej Snus: ja; antal /dag _____ nej

Alkohol: ja antal glas vin/v _____ antal glas starksprit/v _____ nej

Ytterligare info: _____

Längd: _____ vikt: _____

Vad är orsaken till dagens besök? Symtom, besvär, när började det? *Beskriv de viktigaste.*

Familjehistorik och egen historik

Besvär/sjukdom/symtom-kryssa i vad som är aktuellt (**F** betyder i **F**amiljen **E** betyder **E**gen), kommentera gärna nedan. Med familj menas genetiska släktingar. * betyder att kompletterande uppgifter helst ska skrivas nedanför på separata rader. Skriv där gärna också årtal vid egna sjukdomar/tillstånd och ev behandling etc.

	Egen	Familjen		Egen	Familjen		Egen	Familjen
Blodpropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma/KOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Starr*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröstcancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andfåddhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Högt blodsocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrän eller huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depression/psyk sjd*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förlust av medvetande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leversjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ångesttillstånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oregelbunden hjärtrytm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sköldkörtelsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magsår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatisk sjukdom*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gallblåsesjukdom/stenar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis/annan hudsjd*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kärlkramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övervikt/fetma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjärtklappning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Förstopning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjärtklaffsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utmattning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjärtsvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Misshandel fysisk/psyk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IBS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauma fysisk/psykisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ätstörning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Höga blodfetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intoleranser*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogmissbruk*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflammatorisk tarmsjd*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologisk sjd*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

*Kommentarer; kompletterande information:

Genomgångna sjukhusvistelser och operationer (orsaker och årtal- ej gynekologiskt)

Aktuella mediciner och kosttillskott (hormoner, vitaminer mm)

Allergier och/eventuella överkänsligheter (även läkemedel)

Gynekologi

Frågor kring tidigare och nuvarande gynekologiska besvär och ev operationer

Har du, eller har du haft, några gynekologiska sjukdomar eller besvär tidigare ja nej

Markera om något nedan stämmer och beskriv gärna mer på raderna nedan eller skriv om det som saknas. Skriv gärna årtal och var du fått behandling. * betyder att det finns separata frågor eller formulär. Frågor kring fertilitet och graviditet kommer längre ner.

PMS	<input type="checkbox"/>	Menssmärta*	<input type="checkbox"/>	PCOS	<input type="checkbox"/>	Upprepade svampbesvär	<input type="checkbox"/>
Samlagsmärta	<input type="checkbox"/>	Endometriosis	<input type="checkbox"/>	Äggstockscysta	<input type="checkbox"/>	Underlivscancer	<input type="checkbox"/>
Klamydia	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	Kondylom	<input type="checkbox"/>	Slidkatarr	<input type="checkbox"/>
Lustproblem	<input type="checkbox"/>	Lichen	<input type="checkbox"/>	Klimakteriesymtom*	<input type="checkbox"/>	Urininkontinens	<input type="checkbox"/>
Vestibulit	<input type="checkbox"/>	Sköra slemhinnor	<input type="checkbox"/>	Urinvägsinfektioner	<input type="checkbox"/>	Annat	<input type="checkbox"/>

Genomgångna sjukhusvister och operationer gynekologiskt (*orsaker och årtal*)

Frågor kring mens och blödningar

Ålder vid första mens _____ Om du slutat menstruera År eller ålder vid menopaus _____

Om du menstruerar:

Senaste mensdatum (*första dagen*) _____ Antal mensdagar normalt _____

Mensintervall/menscykel (*antal dagar från första dagen till nästa mens*) _____

Markera om något nedan stämmer:

Rikliga blödningar* Menssmärta Mellanblödningar

Samlagsblödningar Oregelbunden menscykel Ändrat mensmönster

*antal dagar rikligt per cykel _____

Frågor kring cellprov och mammografi

Senaste cellprov (*år*) _____ Har du haft cellförändringar ja* nej

* år och vilken typ av behandling/uppföljning: _____

Senaste mammografi (*år*) _____

Frågor kring fertilitet och graviditeter

Är eller har du varit ofrivilligt barnlös ja* nej

Har du genomgått infertilitetsutredning och behandling ja** nej

* **var, när, vad, utfall och ev kommentarer-

Har du varit gravid ja nej

Har haft några komplikationer i samband med graviditeter eller förlossning ja nej

Utrymme för kommentarer

Antal barn födda vaginalt (*+årtal, ev kommentarer*)

Antal barn födda med kejsarsnitt (+årstal, ev kommentarer)

Antal missfall (+årstal, vecka och behandling)

Antal utomkvädeshavandeskap (+årstal, vecka och behandling) _____

Antal aborter (+årstal, vecka och behandling) _____

Frågor kring sex och preventivmedel

Har du en sexuell relation nu ja* nej

Aktuellt preventivmedel p-piller hormonspiral** kopparspiral*** kondom pessar avbrutet
 natural cycles inget försöker bli gravid

* ** ***Ange sort, sedan när, samt ev biverkningar _____ Har haft några komplikationer i samband med graviditeter eller förlossning ja nej

Utrymme för kommentarer

Utrymme för ev ytterligare kommentarer

mm

Ytterligare frågor eller information:
