

## SPØRRESKJEMA HUDAVDELINGEN

Vi ber deg fylle ut spørreskjemaet for å spare tid og kunne legge opp din individuelle undersøkelse, rådgivning og behandling best mulig. Spørreskjemaet vil bli en del av din journal og blir aldri utlevert til andre uten din skriftlige tillatelse.

Dette arket skal ikke brettes eller krølles. **Positivt prøvesvar gis per telefon.**

Navn: \_\_\_\_\_ Fødselsnummer/-dato \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Kjønn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_ Statsborger:  Norsk  Annet: \_\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| <b>Hvorfor tar du kontakt med poliklinikk for seksuelt overførbare infeksjoner?</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> Henvist av lege   | <input type="checkbox"/> Oppfordret på grunn av kjønnssykdom hos partner  |
| <input type="checkbox"/> Eget initiativ, egne plager, ønsker sjekk   | <input type="checkbox"/> Annet: _____   |
| <b>Plager i underlivet?</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> Utflod fra skjede eller urinrør   | <input type="checkbox"/> Svie ved vannlating  |
| <input type="checkbox"/> Sår/blemmer   | <input type="checkbox"/> Kløe   |
| <input type="checkbox"/> Utslett   | <input type="checkbox"/> Smerter i nedre del av magen   |
| <input type="checkbox"/> Smerter ved samleie   | <input type="checkbox"/> Vorter   |
| <input type="checkbox"/> Andre plager:   |   |
| Har du testet deg for seksuelt overførbare sykdommer tidligere? <input type="checkbox"/> Ja. Når testet du deg sist: _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker  |   |
| <b>Tidligere seksuelt overførbare infeksjoner?</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> Genital herpes  | <input type="checkbox"/> Kjønnsvorter (Condylom)  |
| <input type="checkbox"/> Gonore - Antall ganger:   | <input type="checkbox"/> Mycoplasma   |
| <input type="checkbox"/> Klamydia - Antall ganger:   | <input type="checkbox"/> Syfilis  |
| <input type="checkbox"/> Usikker/Annet:  |   |
| Hvor mange ganger har du tatt HIV-test?  |   |
| <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-4 <input type="checkbox"/> 5-9 <input type="checkbox"/> 10 eller flere  |   |
| Hvis du har tatt, når omtrent tok du siste test?   |   |
| Har du hatt leverbetennelse (Hepatitt)?  |   |
| <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hepatitt A <input type="checkbox"/> Hepatitt B <input type="checkbox"/> Hepatitt C <input type="checkbox"/> Usikker på hvilken type jeg har hatt |   |
| Har du blitt vaksinert for Hepatitt B? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker   |   |
| <b>Seksualvaner</b>  |   |
| Hvem har du sex med?   | Har du fast partner nå?   |
| <input type="checkbox"/> Menn <input type="checkbox"/> Kvinner <input type="checkbox"/> Kvinner og menn  | <input type="checkbox"/> Nei  |
| <input type="checkbox"/> Transmenn <input type="checkbox"/> Transkvinner   | <input type="checkbox"/> Ja. Hvor lenge har dere vært faste partnere?   |
| <b>Siste 6 måneder</b>   |   |
| Hvor mange seksualpartnere har du hatt siste 6 md?:  |   |
| <i>Dersom du ikke har hatt noen seksualpartnere de siste 6 md kan du gå videre til spørsmål om antibiotika.</i>  |   |
| Hvilket kjønn har du hatt sex med: <input type="checkbox"/> Menn <input type="checkbox"/> Kvinner <input type="checkbox"/> Kvinner og Mann   | Har du hatt sex siste 6 md med noen som ikke er bosatt i Norge? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja      |
| <input type="checkbox"/> Transmenn <input type="checkbox"/> Transkvinner   |   |
| Hvem har du hatt sex med?  | Land/region de(n) er bosatt i:  |
| <input type="checkbox"/> Ektefelle/Samboer/Livspartner Dato for siste kontakt: _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Annen kjent partner Dato for siste kontakt: _____   |   |
| <input type="checkbox"/> Ukjent partner Dato for siste kontakt: _____  |   |
| Hva slags sex har du hatt?   | Bruk av kondom?   |
| <input type="checkbox"/> Vaginalt samleie <input type="checkbox"/> Oralsex <input type="checkbox"/> Analsex  | <input type="checkbox"/> Alltid <input type="checkbox"/> Ofte <input type="checkbox"/> Sjelden <input type="checkbox"/> Aldri |
| Har du mottatt betaling for sex siste 6 md?  | Har du kjøpt seksuelle tjenester siste 6 md?  |
| <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja  |
| <b>Antibiotika</b>   |   |
| Har du en kjent antibiotikaallergi? <input type="checkbox"/> Nei   |   |
| <input type="checkbox"/> Ja. Hvilken antibiotikaallergi har du?  |   |
| <b>Bruk av sprøyte(r)?</b>   |   |
| Har du noen gang brukt sprøyte med rusmiddel eller kroppsbyggermidler? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja - Når var sist gang?   |   |
| Har du brukt sprøyte med rusmiddel eller kroppsbyggermidler <u>siste 6 md</u> ? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, rusmiddel  |   |
| <input type="checkbox"/> Ja, kroppsbyggermidler  |   |
| Har du stukket deg på urene sprøytespisser eller vært i kontakt med mulig infisert blod på andre måter? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja                                       |   |

Dersom du har spørsmål eller har informasjon som haster, ta kontakt med sykehuset på telefon.