**Vulvaklinikken**

**Gynekologisk avdeling**

**Oslo universitetssykehus HF, Ullevål sykehus**

**Velkommen til oss !**

Vi ber deg besvare dette spørreskjemaet før legebesøket. Legen kommer til å gjennomgå skjemaet med deg. Samtalen går lettere, og vi unngår at viktige ting blir glemt.

*Marker med en ring rett alternativ !*

*Der hvor det finnes alternativer å velge mellom, skal du markere de som er aktuelle for deg.* Selvsagt er det **frivillig** å svare på spørsmålene, og du bestemmer selv hvor mye du vil fylle ut.

**Underlivsplagene jeg kommer for:**

Kløe Svie Brennende følelse Hevelse Samleiesmerter

Utflod Blemmer Sprekker Tørrhet

Plutselig, sterk tissetrengthet

**Hvor lenge har plagene vart ?**

År……. Måneder……

**Hvordan begynte de/hva skjedde da plagene begynte ?**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**Forbindelse i tid**

Plagene er der hele dagen Plagene kommer bare i blant

**Forbindelse med situasjon**

Smerter ved samleie Ved begynnelse av samleie Svie etter samleie

Smerter ved tampongbruk Plager av trange klær, jeans Plager v/sykling/ridning

**Sosiale forhold**

Studerer/går på skole Arbeider Yrke………………………..

Arbeidssøkende Gift Samboer Bor med foreldre

Bor alene Barn, alder……….år

**Partner**

Fast forhold, hvor lenge…………år Ikke fast forhold

Sex med menn Sex med kvinner

**Hud- og allergiske sykdommer**

Eksem, astma, høysnue i familien Psoriasis i familien

Hatt eksem som barn Har/har hatt astma som barn

Høysnue

Har håndeksem Eksem i hodebunn

Allergisk mot nikkel, plast, parfyme, gummi, konserveringsmidler

Allergisk mot annet………………………… Elveblest

Får kløe av kondom Psoriasis

Lichen sclerosus Lichen ruber

Har ofte småsår (afte) i munn

Tåler sol, blir lett brun Tåler ikke sol, blir lett brent

**Urinveisplager**

Blærekatarr som kommer og går

Behandlet med antibiotika hvor mange ganger…………

Når tok du siste antibiotikakur………………………….

**Gynekologi**

Alder ved første mens…………………år

Regelmessig mens Ja nei Hvor lenge mellom menstruasjonene………….

Mensen har forsvunnet, ………………….år

Antall graviditeter:… Antall barn:… Spontanabort: Ja nei Legal abort: Ja nei

P-piller nå Ja nei P-piller tidligere Ja nei

Alder da du begynte med P-piller……………år

Hvor lenge har du brukt P-piller……………………………………………

Hvilken prevensjonsmetode bruker du nå…………………………………..

Har du hatt celleforandringer på livmortappen, år………………………….

Har du blitt behandlet for celleforandringer, hvordan………………………

Har du dårlig erfaring med gynekologisk undersøkelse Ja nei

**Underlivsinfeksjoner**

**Soppinfeksjon**

Har du hatt soppinfeksjon Ja nei

Begynte år………………………………..

Diagnose stilt av Lege Jordmor/sykepleier Apotekpersonale

Egen diagnose ”kjent igjen plagene”

Plager 1-2 ggr . 3-5 ggr . 6-10 ggr. >10 ggr.

Behandling med skjedepille og/eller krem

 1-2 ggr . 3-5 ggr . 6-10 ggr. >10 ggr

Penslet med fiolett væske Ja nei

Behandlet med tabletter Ja nei

Fått engangsdose Ja nei

Langtidsbehandling Ja nei

Langtidsbehandling Hver dag 1 g/uke 1 ggr/måned 2 g/måned

**Hatt illeluktende utflod (skjedekatarr, bakteriell vaginose)**

Har du hatt illeluktende utflod (skjedekatarr, bakteriell vaginose) Ja nei

Behandlet med tabl. å svelge krem til skjeden

Vært plaget 1-2 ggr. 3-5 ggr. >5 ggr.

Brukt reseptfrie skjedepiller ja nei

**Kondylomer ( kjønnsvorter)**

Har du hatt vorter ja nei

Oppdaget selv vorter ja nei

Behandlet med Wartec/Condyline (fiolett eller turkis væske) ja nei

Behandlet med laser, år……………….

Behandlet med diatermi (brenning), år………………….

Behandlet på annen måte, hvordan…………………………

Har din aktuelle partner hatt vorter ja nei

**Herpesinfeksjon**

Har du hatt herpes ja nei

Diagnose av lege ja nei

Hvor ofte utbrudd…………………….

Langtidsbehandling ja nei

Partner med munnherpes ja nei

Partner med underlivsherpes ja nei

**Klamydiainfeksjon**

Har du hatt klamydia ja nei

Behandlet for klamydia, år……………………………..

Antall infeksjoner………………………………………

**Gonorè**

Har du hatt gonorè ja nei

Behandlet for gonorè, år………………………………………..

Antall infeksjoner………………………………………………

**Egglederbetennelse**

Har du hatt egglederbetennelse ja nei

Behandlet for egglederbetennelse, år………………………….

Antall infeksjoner……………………………………………..

**Seksualitet**

Alder ved første samleie, år………………………………….

Gode erfaringer med sex ja nei

Har du hatt utrivelige erfaringer med sex, f.eks:

(press, vold, tvang, etc.) ja nei

Mistet lysten på sex ja nei

Tørrhet ved samleie ja nei

Smerter ved samleie ja nei

Hvis ja, hvor lenge har det vært slik…………………………

Så vondt at samleie er umulig ja nei

Hvor ofte har du samleie……………… Når var siste samleie…………………………

Er det vanlig med kjælesex…………………………………

Er det vanlig med annen form for seksuell aktivitet…………

Opplever du orgasme ved seksuell aktivitet………………….

**Hygienevaner**

Barberer kjønnshåret ja nei

Vasker deg nedentil, hvor ofte…………………………….

Hva slags såpe bruker du til underlivet……………………

Olje til underlivshygiene ja nei

Naturprodukter, for eks Tea-tree olje ja nei

Mensbeskyttelse bind tamponger

Truseinnlegg regelmessig ja nei

Alltid bomullstruse ja nei

Går i svømmehall ja hvor ofte……… nei

**Fordøyelsesplager**

Tåler gluten ja nei

Tåler laktose ja nei

Gasser, diarè ja nei

Forstoppelse ja nei

Irritabel tykktarm ja nei

Crohn’s sykdom ja nei

Annet…………………………………………………………….

**Smerteproblemer**

Spenningshodepine ja nei

Migrene ja nei

Menssmerter ja nei

Leddplager ja nei

Nakke- og skulderplager ja nei

Fibromyalgi ja nei

Bekkensmerter ja nei

Urinrørssmerter/uretritt ja nei

**Tobakk**

Sigaretter ja nei