

SPØRRESKJEMA TIL ALLE PASIENTER PÅ VULVAKLINIKKEN

Velkommen til Vulvaklinikken!

Vi ber deg besvare dette spørreskjemaet FØR legebesøket.

Skjemaet kan bli brukt under selve konsultasjonen som et hjelpemiddel. Vi unngår på den måten at viktige ting blir glemt. Det er frivillig å besvare spørsmålene og du bestemmer selv hvor mye du vil fylle ut. Da alle får det samme skjemaet, kan det ofte være en del spørsmål som ikke er spesielt tilpasset din problemstilling.

Med «vulva» menes kjønnslepper og området rundt skjedeinngangen.

Vennligst kryss av i den/de boksene som passer best, eller skriv inn svaret ditt på stiplet linje.

BAKGRUNN

Alder år

Under utdanning

Arbeidsledig

I arbeid, stillingsprosent

Stilling:

Pensjonist

Uføretrygd

Annet:

Bor hos foreldre

Fast partner, men bor ikke sammen

Enslig

Fast forhold, hvor lenge år

Ikke fast forhold

Samboer/ Gift

Generell helse

Høyde cm Vekt kg

Har du hatt noen av disse fordøyelsesplagene?

Irritabel tarm

Inflammatorisk tarmsykdom (ulcerøs kolitt/Crohn's sykdom)

Luftplager

Forstoppelse

Diaré

Spiseforstyrrelse (anoreksi, bulimi)

Har du hatt noen av disse hudplagene?

Eksem

Håndeksem

Hodebunnseksem

Psoriasis

Elveblest

Ofte småsår (after) i munn

Lichen sclerosus

Lichen planus

Allergi (for eksempel nikkel, plast, parfyme, gummi eller konserveringsmidler)

Ingen av disse plagene

Annen sykdom:

Har du kroniske/varige sykdommer eller plager? Ja Nei

Evt. hvilke

.....

.....

Hvilke medikamenter bruker du ofte eller fast?

.....

.....

.....

Er du allergisk for noe medikament? Nei Ja

For hvilke

Har du vært operert eller innlagt på sykehus av annen grunn?

ÅR	Sykehus	Årsak til innleggelse

Har du hatt komplikasjoner eller ubehag ved tidligere narkose?

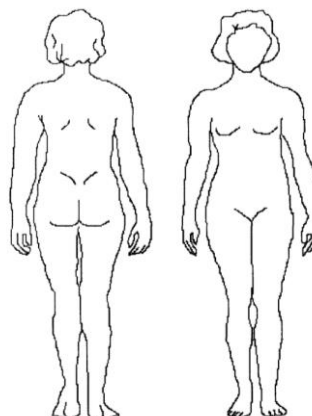
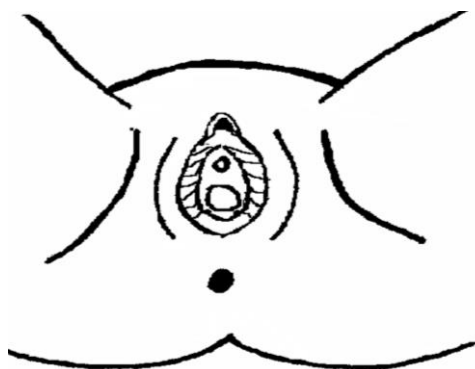
Nei

Ja, spesifiser.....

.....

KARTLEGGING AV SMERTER

Vennligst merk av/skravér på figurene under hvor du har hatt smerter den siste uken, og angi med et tall fra 0 til 10 hvor sterke smertene har vært (0= ingen smerte og 10=verste tenkelige smerte).



Hvor lenge har du hatt smerter i vulva ? år og måneder

Hva tror du er årsaken til smertene?

.....
.....

Var det noen spesiell hendelse eller foranledning da smertene dine oppstod første gang?

Nei Ja

Hvis ja, hvilken?

Hvor ofte har du smerter i vulva?

Ikke smerter Smerter av og til Smerter hele tiden

Når oppstår smertene?

Spontant Sykling/sitting
 Ved lett berøring Tampongbruk
 Bruk av tettsittende klær Annet, spesifiser

Har du hatt langvarig

kløe i vulva	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, tidligere	<input type="checkbox"/> Ja, siste året
svie i vulva	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, tidligere	<input type="checkbox"/> Ja, siste året
smerte i vulva	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, tidligere	<input type="checkbox"/> Ja, siste året

Har du opplevd noe av dette?

Smerter ved inntrengning under samleie måneder
 Smerter ved berøring av ytre kjønnsorgan/skjede måneder
 Nedsatt følelse i ytre kjønnsorgan/skjede måneder
 Liten eller ingen interesse for sex måneder
 Dype støtsmerter under samleie måneder
 Manglende orgasme måneder
 Tørrhet i skjeden måneder

Andre plager?

Spenningshodepine	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Migrene	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Leddplager	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Nakke- og skulderplager	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Fibromyalgi	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Menstruasjonsmerter	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Underlivs-/nedre mage smerter	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Blære/vannlatningssmerter	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja
Depresjon	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja

Seksuelliv

Alder ved første samleie år

Sex med menn Sex med kvinner

Hvor ofte har du vaginalt samleie? Når var siste samleie

Har du generelt sett vært fornøyd med ditt seksuelliv? Ja Nei

Hvis nei, hvor lenge har du vært misfornøyd med ditt seksuelliv? måneder

FSDS-R Female Sexual Distress Scale

Sett kryss eller ring rundt et tall for hver linje

FSDS-R	Den siste måneden, hvor ofte har du følt (deg):	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Hele tiden
1	Ulykkelig over ditt seksuelliv	0	1	2	3	4
2	Ulykkelig over ditt seksuelle forhold	0	1	2	3	4
3	Skyldfølelse over seksuelle vanskeligheter	0	1	2	3	4
4	Frustrert over dine seksuelle problem	0	1	2	3	4
5	Stresset over sex	0	1	2	3	4
6	Mindreverdig på grunn av seksuelle problem	0	1	2	3	4
7	Bekymring for sex	0	1	2	3	4
8	Seksuelt utilstrekkelig	0	1	2	3	4
9	Savn av din seksualitet	0	1	2	3	4
10	Flau over seksuelle problem	0	1	2	3	4
11	Misfornøyd med ditt seksuelliv	0	1	2	3	4
12	Sint over ditt seksuelliv	0	1	2	3	4
13	Brydd over lav seksuell lyst	0	1	2	3	4

Har du i løpet av livet blitt utsatt for seksuelle handlinger uten at du selv ønsket det?

Ja Nei

Hvis ja, før du fylte 18 år Ja Nei Siste 12 måneder? Ja Nei

GYNEKOLOGI

Alder ved første mens år

Regelmessig mens? Nei Ja

Mensen har forsvunnet år

Prevensjon:

- Ingen Minipiller, Cerazette
 Kobberspiral P-spiral, p-stav, p-sprøyte
 P-piller, p-plaster, p-ring Kondom/barriereprevensjon
 Sterilisering (deg/partner) Annet (avbrutt samleie, sikre perioder, amming)

Antall graviditeter? **Antall barn?** **Barns alder?.....**

Infeksjoner i underlivet, - har du noen gang hatt :

Soppinfeksjon ? Nei Ja Når var sist?

Antall behandlinger for soppinfeksjon siste året?

Ingen 1-3 ganger Mer enn 3 ganger

Urinveisinfeksjon? Nei Ja Når var sist?

Antall behandlinger for urinveisinfeksjon siste året?

Ingen 1-2 ganger Mer enn 2 ganger

Bakteriell vaginose (skjedekatarr)? Nei Ja Når.....

Antall behandlinger for bakteriell vaginose (skjedekatarr) siste året?

Aldri 1-2 ganger Mer enn 2 ganger

Har du hatt noen av disse seksuelt overførte infeksjonene?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ingen av disse | <input type="checkbox"/> Mycoplasma |
| <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Gonoré |
| <input type="checkbox"/> Klamydia | <input type="checkbox"/> Uspesifikk betennelse i urinrør/livmorhals (uretritt/cervicitt) |
| <input type="checkbox"/> Kjønnsvorter | |

Har du noen gang fått noen av følgende behandlinger for kjønnsvorter (du kan sette flere kryss)?

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Frysebehandling | <input type="checkbox"/> Pensling/krem (egenbehandling) |
| <input type="checkbox"/> Laser | <input type="checkbox"/> Kirurgisk fjerning | |

Tidligere skade/operasjon i underliv/vulva (inklusive fødselsskader og omskjæring)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fødselsrift(er) | <input type="checkbox"/> Operasjon for vid skjedeinngang/fremfall |
| <input type="checkbox"/> Omskjæring | <input type="checkbox"/> Operasjon for urinlekkasje |
| <input type="checkbox"/> Kosmetisk intimkirurgi | <input type="checkbox"/> Operasjon for betennelse/verkebyll/cyster |

Annet?

På forhånd, tusen takk for at du tar deg tid til å svare!