

Gynækologisk oplysningsskema

Navn : _____ **CPR nr :** _____ **Alder :** _____

Blødningsmønster : Regelmæssig ? Ja/Nej Hvis ja :

- Antal blødningsdage Ca _____
- Antal dage fra 1. dag i en mens. Til 1. dag i næste mens. Ca _____
- Sidste menstruations 1. dag (dato) Ca _____
- Bløder du meget kraftigt ? Ja/nej , Hvis ja, hvor mange dage ? Ca _____
- Har du kraftige menstruationssmerter ? Hvis ja, hvor mange dage ? Ca _____
- Hvis blødningerne er ophørt – Hvornår stoppede de (ca årstal) Ca _____
- Får du Hormonbehandling : Ja ___ Nej ___ Hvis ja – Hvilken ? :

Prævention ? Hvad bruger du/I som prævention ?

- P-piller/ring ? Hvis ja, Hvilket mærke ? : _____
- Spiral ? Hvis ja Kobbervspiral eller hormonspiral ?
- Steriliseret ? Hvis ja Dig eller din mand ?
- Kondom ? P-stav ? Minipiller ? Andet ?

Graviditeter : antal : _____ Fødsler : _____

Tidligere underlivssygdomme ? Ja ___ Nej ___ Hvis Ja :

Hvornår (årstal)	"Sygdom"	Behandling
- _____	_____	_____
- _____	_____	_____
- _____	_____	_____

Har du nogensinde haft celleforandringer på livmoderhalsen ? Ja ___ Nej ___

Hvornår har du sidst fået lavet celleskrab fra livmoderhalsen ? _____

Er du vaccineret mod livmoderhalskræft/HPV-virus ? Ja ___ Nej ___

Andre væsentlige sygdomme ? : _____

Får du noget medicin ? _____

Allergi eller intolerance ? : _____

Hvad er din e-mailadresse ? : _____@_____

Telefon : Hjemme : _____ Mobil : _____ Arbejde : _____