

Taustatietolomake

Lomakkeen täyttäminen nopeuttaa vastaanotolla käyntiä

1. Tulosyy	<input type="checkbox"/> oma aloite	<input type="checkbox"/> seksikumppanin aloite	<input type="checkbox"/> lääkärin lähete
2. Mitä oireita sinulla on tällä hetkellä?	<input type="checkbox"/> ei mitään <input type="checkbox"/> kirvelyä virtsatessa <input type="checkbox"/> vuotoa virtsaputkesta <input type="checkbox"/> haavoja tai rakkuloita		
	<input type="checkbox"/> valkovuotoa emättimestä <input type="checkbox"/> ihottumaa ja kutinaa <input type="checkbox"/> alavatsakipuja <input type="checkbox"/> syyliä sukuelimessä		
3. Milloin oireesi alkoivat?	Pvm ___/___20__		
4. Oletko hoitanut oireita?	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En <input type="checkbox"/> Voiteilla, puikoilla tms. <input type="checkbox"/> antibiooteilla suun kautta		
5. Milloin olet mielestäsi voinut saada tartunnan?	Pvm ___/___20__		
Viimeisin suojaamaton seksikontakti	Pvm ___/___20__		
6. Mahdollinen tartunta on saatu	<input type="checkbox"/> Suomessa	<input type="checkbox"/> ulkomailla	
8. Tiedot seksikumppanista	<input type="checkbox"/> mies <input type="checkbox"/> vakituinen seksikumppani <input type="checkbox"/> nainen <input type="checkbox"/> satunnaiskontakti Seksipartnereiden lukumäärä viimeisen 6 kk aikana ___ Seksitavat <input type="checkbox"/> emätinyhdyntä <input type="checkbox"/> suuseksi <input type="checkbox"/> anaalivydyntä		
9. Onko seksikumppanillasi jokin seksitauti?	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mikä _____ <input type="checkbox"/> en tiedä		
9. Käytössä oleva ehkäisy?	Kondomi <input type="checkbox"/> aina <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> satunnaisesti kierukka <input type="checkbox"/> ehkäisytabletit <input type="checkbox"/> muu ___		
10. Oletko käynyt viimeisen 12 kk:n aikana seksitautitutkimuksissa?	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		
Onko sinulta joskus hoidettu seksitauti?	<input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei mikä _____ milloin _____		
11. Käytätkö mitään lääkitystä?	<input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> kyllä mitä _____		
Onko sinulla lääkeallergioita?	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mikä _____		