

Anamnesformulär för screening av livmoderhalscancer

Efternamn och förnamn	Adress
Personbeteckning	

Anamnes	
Senaste menstruation började	___ / ___ 20 ___
Menstruationen upphörde permanent (menopaus)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Preventivmetod	<input type="checkbox"/> Inget preventivmetod <input type="checkbox"/> Preventivpiller <input type="checkbox"/> Spiral <input type="checkbox"/> Hormonspiral <input type="checkbox"/> Annat hormonpreventiv
Gravid	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Från förlossningen mindre än 6 mån eller ammar	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Hormonersättningsbehandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Symtom	<input type="checkbox"/> Inga symtom <input type="checkbox"/> Avvikande / blodblandad flytning <input type="checkbox"/> Blödning i samband med samlag <input type="checkbox"/> Oregelbunden, av menstruation oberoende blödning eller mellanblödning <input type="checkbox"/> Blödning, även om menstruationen varit frånvarande under minst redan ett år
Hysterektomi (bortopererad livmoder)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om ja, omfattning av hysterektomi	<input type="checkbox"/> Delresektion <input type="checkbox"/> Totalresektion
Har cellprov tagits tidigare	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om ja, har cellprovet tagits under de senaste två åren	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om ja, vad var resultatet av senaste cellprovet	<input type="checkbox"/> Normalt <input type="checkbox"/> Onormalt <input type="checkbox"/> Kan inte säga
Behandlingar på grund av cellförändringar	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Om ja, när senast	År _____