



Förhandsuppgifter vid STI – provtagning inom ÅHS

NAMN: _____ PERSONNUMMER: _____

TEL.NUMMER: _____ PROVTAGNINGSDATUM: ____ / ____ 20__

Varför vill du testa dig?

- Symtom Utesluta könssjukdom/orolig Min partner har klamydia/gonorré
 En tidigare sexpartner har klamydia/gonorré

Har du några av följande besvär?

- Besvär vid urinering Flytningar
 Mellanblödningar Blödning vid samlag
 Ögonbesvär Symtom från halsen
 har/har haft ont nedtill i buken/underlivet/pungen
 Sår, utslag och/eller blåsor på könsorganet eller underlivsklåda
 Ömma/svullna lymfkörtlar

Hur har du haft sex det senaste året eller sedan senaste provtagningen?

Vaginalt (med penis, sexleksak): JA NEJ

Oralsex: NEJ JA Gett: Fått

Analt: NEJ JA Gett Fått

Vem/vilka har du haft sex med det senaste året?

- Personer med penis Personer med slida Båda kön

Har du haft sex med någon utanför Åland eller med någon från utlandet efter den senaste provtagningen alt senaste året?

- JA NEJ VET EJ

Har du köpt/sålt sex mot ersättning de senaste 12 månaderna?

- JA NEJ

Är du vaccinerad mot Hepatit B?

- JA NEJ VET EJ

Vill du att personal tar kontakt med dig för utökad provtagning alternativt annan provtagning?

- JA NEJ

Utgående från svaren kan vi bedöma om provtagningen behöver utökas för andra könssjukdomar eller om du behöver ta prover från andra slemhinnor. Om du vill så tar personal inom ÅHS Smittskydd kontakt med dig. Formuläret lagras ej i din journal.

INFORMATION FÖR LABBPERSOALEN:

Sätt formuläret till PREV (i labbfacket) i ett slutet kuvert märkt med STI ärende.