



Förhandsuppgifter STI-provtagning

Namn: _____

Personnummer: _____

Telefonnummer: _____

Provtagningsdatum _____ / _____ 20 _____

1. Varför vill du testa dig?

- Symtom Utesluta könssjukdom/orolig
 Min partner har klamydia/gonorré Kommit fram i en smittspårning

2. Har du några av följande besvär?

- urinvägsbesvär/ont vid urinering flytningar
 mellanblödningar blödning vid samlag
 har/har haft ont nedtill i buken/underlivet/pungen
 sår, utslag, blåsor eller underlivsklåda
 ömma/svullna lymfkörtlar ögonbesvär

3. Hurdan form av sex har du haft sedan senaste provtagningen alt. senaste året?

- Vaginalt Oralt Analt

4. Har du haft sex med någon utanför Åland sedan senaste provtagningen alt senaste året?

- JA NEJ VET EJ

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

- JA NEJ

6. Är du vaccinerad mot Hepatit B?

- JA NEJ VET EJ

Det är önskvärt om du fyller i detta formulär. Utgående från svaren kan vi utöka provtagningen för andra könssjukdomar eller ta prover från andra slemhinnor. Personal inom ÅHS Smittskydd kommer i så fall att ta kontakt med dig. Formuläret kommer sedan att kasseras, lagras ej i din journal.

INFORMATION FÖR LABBPERSOALEN:

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