

Kohdunkaulasyövän seulonnan esitietolomake

Sukunimi ja etunimet		Kutsun vuosi	Kutsukunta	Näytenumero												
Henkilötunnus	Äidinkieli <input type="checkbox"/> Suomi <input type="checkbox"/> Ruotsi <input type="checkbox"/> Muu _____	Kutsun syy <input type="checkbox"/> Ikäryhmä Riskiryhmä: <input type="checkbox"/> Sytologia <input type="checkbox"/> Uusintakutsu <input type="checkbox"/> hrHPV		Satunnaistustunnus												
Osoite		Näytteenottopäivä ____ / ____ 20 ____	Näytteenottajanumero	Laboratorio												
Esitiedot Viimeisimmät kuukautiset alkaneet ____ / ____ 20 ____ <table> <tr> <td>Kuukautiset loppuneet pysyvästi (menopaussi)</td> <td><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä</td> <td>Hormonikorvaushoito</td> <td><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä</td> </tr> <tr> <td>Ehkäisymenetelmä</td> <td><input type="checkbox"/> Ei ehkäisyä <input type="checkbox"/> Ehkäisytabletit <input type="checkbox"/> Kierukka <input type="checkbox"/> Hormonikierukka <input type="checkbox"/> Muu hormoniehkäisy</td> <td>Raskaana</td> <td><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Synnytyksestä alle 6 kk tai imettä</td> <td><input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä</td> </tr> </table>					Kuukautiset loppuneet pysyvästi (menopaussi)	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Hormonikorvaushoito	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Ehkäisymenetelmä	<input type="checkbox"/> Ei ehkäisyä <input type="checkbox"/> Ehkäisytabletit <input type="checkbox"/> Kierukka <input type="checkbox"/> Hormonikierukka <input type="checkbox"/> Muu hormoniehkäisy	Raskaana	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä			Synnytyksestä alle 6 kk tai imettä	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
Kuukautiset loppuneet pysyvästi (menopaussi)	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Hormonikorvaushoito	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä													
Ehkäisymenetelmä	<input type="checkbox"/> Ei ehkäisyä <input type="checkbox"/> Ehkäisytabletit <input type="checkbox"/> Kierukka <input type="checkbox"/> Hormonikierukka <input type="checkbox"/> Muu hormoniehkäisy	Raskaana	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä													
		Synnytyksestä alle 6 kk tai imettä	<input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä													
Oireet <input type="checkbox"/> Ei oireita <input type="checkbox"/> Poikkeava / verestävä valkovuoto <input type="checkbox"/> Verenvuoto yhdynnän yhteydessä <input type="checkbox"/> Epäsäännöllinen, kuukautisista riippumaton verenvuoto eli välivuoto <input type="checkbox"/> Verenvuoto, vaikka kuukautiset ovat olleet jo vähintään vuoden pois																
Kohdunpoisto <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Jos kyllä, kohdunpoiston laajuus <input type="checkbox"/> Osapoisto <input type="checkbox"/> Kokonaispoisto																
Onko solunäytettä otettu aiemmin <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Jos kyllä, niin onko solunäytettä otettu viimeisimmän kahden vuoden aikana <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä																
Jos kyllä, niin mikä oli viimeisimmän solunäytteen tulos <input type="checkbox"/> Normaali <input type="checkbox"/> Normaalista poikkeava <input type="checkbox"/> En osaa sanoa																
Hoitoja solumuutosten takia <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Jos kyllä, milloin viimeksi Vuonna _____																