

Anamnesformulär för screening av livmoderhalscancer

Efternamn och förnamn		Kallelseår	Kallelsekommun	Provnummer
Personbeteckning	Modersmål <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Svenska <input type="checkbox"/> Annat _____	Orsak för kallelse <input type="checkbox"/> Åldersgrupp Riskgrupp: <input type="checkbox"/> Cytologi <input type="checkbox"/> Nykallelse <input type="checkbox"/> hrHPV		Randomiseringsgrupp
Adress		Provtagningsdatum ____ / ____ 20 ____	Provtagarens nummer	Laboratorium
Anamnes				
Senaste menstruation började ____ / ____ 20 ____				
Menstruationen upphörde permanent (menopaus) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Hormonersättningsbehandling <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		
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"/> Total resektion				
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 _____		