

OPLYSNINGSSKEMA

Det er vigtigt, at du udfylder dette skema inden det ambulante besøg i Gynækologisk Ambulatorium. Skemaet giver dig mulighed for at beskrive de symptomer og gener, du har i forbindelse med dine blødninger og hvilke ting, der er vigtige for dig i forhold til valg af behandling. Desuden indeholder skemaet en række baggrundsspørgsmål om dig og dit almene helbred.

Tilsammen giver det os vigtig viden om dig, som – sammen med undersøgelse og samtale – vil danne baggrund for i fællesskab at finde den rigtige behandling til netop dig.

Skemaet skal printes og udfyldes i hånden. Da skemaet indeholder fortrolige oplysninger, kan vi desværre ikke tilbyde, at det kan sendes elektronisk. Skemaet bedes afleveret til sekretæren ved ankomst til ambulatoriet. Har du ikke adgang til printer, opfordrer vi dig til at møde 10-15 minutter før det angivne mødetidspunkt, hvor du kan få udleveret et oplysningsskema til udfyldelse. Det er dog en fordel på forhånd at have overvejet spørgsmålene.

Inden du bliver kaldt ind til undersøgelse, vil din læge og sygeplejerske læse dine svar.

Vi ser frem til dit besøg.

Med venlig hilsen

Personalet
Gynækologisk Ambulatorium

Navn: _____

Cpr.nr.: _____

Telefonnummer og eventuelt tidsrum, hvor du kan træffes: _____

Kort beskrivelse af årsagen til, at du er henvist: _____



BLØDNINGSMØNSTER

Hvis muligt bedes du her angive, hvordan dit blødningsmønster har været de seneste 3 måneder.
Markér med følgende angivelser:

- = pletblødning
- = menstruationsblødning
- = kraftig blødning

DATO	MÅNED 1 (NAVN)	MÅNED 2 (NAVN)	MÅNED 3 (NAVN)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

SPØRGESKEMA

OM DINE BLØDNINGER OG GENER OG HVAD, DER ER BETYDNINGSFULDT FOR DIG

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
Mine symptomer begrænser mig i mit daglige liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelt uddybning: _____

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Konstante
Jeg har underlivssmerter i forbindelse med blødning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelt uddybning: _____

	Aldrig	Sjældent	Af og til	Ofte	Altid
Jeg har sygedage i forbindelse med eller på grund af mine blødninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelt uddybning: _____

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	I høj grad
Hormoner kunne være en mulighed for mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelt uddybning: _____

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	I høj grad
Operation kunne være en mulighed for mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelt uddybning: _____

	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	I høj grad
Det er vigtigt for mig at undgå sygemelding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelt uddybning: _____

	Slet ikke ▼	Sandsynligvis ikke ▼	Måske ▼	Sandsynligvis ▼	Helt sikkert ▼
Jeg planlægger graviditet (nu eller i fremtiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eventuelt uddybning: _____

Andre ting, der er vigtige for mig i forbindelse med valg af behandling

BAGGRUNDSSPØRGSMÅL

	Ja ▼	Nej ▼
Er du tidligere opereret eller har været indlagt på hospital af anden årsag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis JA - beskrivelse: _____

Eventuelle komplikationer i forbindelse med bedøvelse? _____

	Ja ▼	Nej ▼
Er der kendte arvelige sygdomme i din familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis JA - hvilke? _____

	Ja ▼	Nej ▼
Har du eller nære pårørende, indenfor det seneste halve år været indlagt på et hospital udenfor Norden eller været i direkte eller indirekte kontakt med mink eller svinebesætning? (risiko for smitte med MRSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fejler du eller har du tidligere fejlet andet (for eksempel epilepsi, forhøjet blodtryk, hjertesygdom, lungesygdom, sukkersyge, stofskiftesygdom eller anden betydelig sygdom)?

Ja



Nej



Har du nogen former for allergi?

Ja



Nej



Hvis JA - hvilke? _____

Tager du nogen former for medicin?

Ja



Nej



Hvis JA - hvilke? _____

Tager du nogen former for naturmedicin og/eller kosttilskud?

Ja



Nej



Hvis JA - hvilke? _____

Har du født?

Ja



Nej



Hvis JA - hvor mange gange (vaginalt og/eller kejsersnit)? _____

Bruger du eller din partner nogen form for prævention?

Ja



Nej



Hvis JA - hvilken? _____

Ja Nej
▼ ▼

Har du tidligere forsøgt anden behandling (herunder alternativ) for dine blødninger?

Hvis JA - hvad og med hvilken effekt? _____

Ja Nej
▼ ▼

Ryger du?

Hvis JA - hvor meget? _____

Dit ugentlige alkoholforbrug? _____ genstande

Hvad er din højde? _____ cm

Hvad er din vægt? _____ kg

Undertegnede giver ved min underskrift samtykke til, at personalet på Gynækologisk Afdeling kan udveksle helbredsrelevante oplysninger med min læge og andre hospitaler om den aktuelle sygdom, som jeg undersøges og behandles for.

Dato: _____ Underskrift: _____