



Frågor vid sexuell smärta

Aktuella besvär från underlivet i vardagen, utan beröring

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> klåda | <input type="checkbox"/> flytningar | <input type="checkbox"/> sprickor |
| <input type="checkbox"/> svider | <input type="checkbox"/> torr | <input type="checkbox"/> andra sår |
| <input type="checkbox"/> bränner | <input type="checkbox"/> svullen | <input type="checkbox"/> urinträngningar |
| <input type="checkbox"/> annan smärta | <input type="checkbox"/> blåsor | |
| <input type="checkbox"/> annat: _____ | | |

Har du haft ömhet/smärta i underlivet utan beröring eller tryck mot området den senaste månaden?

- | | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja, varje dag, men inte hela tiden |
| <input type="checkbox"/> Ja, enstaka gånger, inte varje vecka | <input type="checkbox"/> Ja, hela tiden |
| <input type="checkbox"/> Ja, varje vecka, men inte varje dag | |

Har du upplevt ömhet/smärta vid egen beröring av underlivet den senaste månaden?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

Om ja, beskriv (näroch hur) : _____

Har du haft vaginalt samlag under den senaste månaden?

- | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, minst en gång i veckan. | <input type="checkbox"/> Nej, har inte haft vaginalt samlag på grund av smärta. |
| <input type="checkbox"/> Ja, 1- 3 gånger per månad | |
| <input type="checkbox"/> Ja, 1- 2 ggr per tre månader | <input type="checkbox"/> Nej, har inte varit aktuellt med vaginalt samlag av annan anledning. |

Har du haft sex utan vaginalt samlag under den senaste månaden?

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, minst en gång i veckan |
| <input type="checkbox"/> Ja, 1- 3 gånger per månad |
| <input type="checkbox"/> Ja, 1 -2 ggr per tre månader |
| <input type="checkbox"/> Nej, har inte haft sex på grund av smärta |
| <input type="checkbox"/> Nej, har inte varit aktuellt med sex av annan anledning |

Hur skulle du skatta följande? (gäller de senaste månaden) Ringa in en siffra.

Livskvalitet:

Sämsta tänkbara livskvalitet Bästa tänkbara livskvalitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Smärta vid vaginalt samlag:

Ingen smärta 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara smärta

Rädsla vid vaginalt samlag:

Ingen rädsla 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Största tänkbara rädsla

Obehag vid vaginalt samlag:

Inget obehag 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Värsta tänkbara obehag

Fysisk spänning i kroppen/underlivet vid vaginalt samlag:

Ingen spänning 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maximal spänning

Njutning vid vaginalt samlag:

Ingen njutning 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Maximal njutning

Min förmåga att kunna genomföra vaginalt samlag:

Sämsta tänkbara förmåga 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Bästa tänkbara förmåga

Min sexuella lust:

Ingen/aldrig stor lust 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket stor lust

Min förståelse och kunskap om mitt underliv:

Ingen förståelse/kunskap 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fullförståelse/kunskap

Min känsla av kontroll och hantering av besvär kopplat till underlivet:

Ingen kontroll/hantering 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket god kontroll/hantering

Är gynekologisk undersökning genomförbart? Ja Nej

Kommentar:

Vad är ditt mål nu gällande sex och samliv och/eller gynekologisk undersökning?
