

Efternamn	Förnamn	Personbeteckning
Adress		

Anamnes

Senaste menstruation började (datum)	
Menstruationen upphörde permanent (menopaus) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Gravid <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Preventivmetod <input type="checkbox"/> Inget preventivmetod <input type="checkbox"/> Hormonspiral <input type="checkbox"/> Preventivpiller <input type="checkbox"/> Annat hormonpreventiv <input type="checkbox"/> Spiral	Från förlossningen mindre än 6 mån eller ammar <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hormonersättningsbehandling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Symtom	
<input type="checkbox"/> Inga symtom	<input type="checkbox"/> Oregelbunden, av menstruation oberoende blödning eller mellanblödning
<input type="checkbox"/> Avvikande / blodblandad flytning	<input type="checkbox"/> Blödning, även om menstruationen varit frånvarande under minst redan ett år
<input type="checkbox"/> Blödning i samband med samlag	

Hysterektomi (bortopererad livmoder)	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Om ja , omfattning av hysterektomi	
<input type="checkbox"/> Delresektion	<input type="checkbox"/> Totalresektion

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)	