

Etinimi	Sukunimi	Henkilötunnus
Osoite		

Esitiedot

Viimeisimmät kuukautiset alkaneet (päivämäärä)	
Kuukautiset loppuneet pysyvästi (menopaussi) <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä	Raskaana <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä
Ehkäisymenetelmä <input type="checkbox"/> Ei ehkäisyä <input type="checkbox"/> Hormonikierukka <input type="checkbox"/> Ehkäisytabletit <input type="checkbox"/> Muu hormoniehkäisy <input type="checkbox"/> Kierukka	Synnytyksestä alle 6 kk tai imettä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä Hormonikorvaushoito <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä

Oireet	
<input type="checkbox"/> Ei oireita	<input type="checkbox"/> Epäsäännöllinen, kuukautisista riippumaton verenvuoto eli välivuoto
<input type="checkbox"/> Poikkeava / verestävä valkovuoto	<input type="checkbox"/> Verenvuoto, vaikka kuukautiset ovat olleet jo vähintään vuoden pois
<input type="checkbox"/> Verenvuoto yhdynnän yhteydessä	

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"/> Normaal	
<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 (vuosi)	