



## Vragenlijst vrouw

Naam .....

Geboortedatum .....

Deze vragenlijst is bedoeld voor vrouwen die zich willen laten testen op een seksueel overdraagbare aandoening (soa). De antwoorden van deze vragenlijst worden gebruikt om te bepalen welk onderzoek bij u nodig is. Lever deze vragenlijst bij de huisartsenpraktijk in, op basis van uw antwoorden zal de assistente u vervolgens verder informeren.

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 1. Heeft u klachten die bij een soa kunnen passen?  | Ja | Nee |
| Voorbeelden van klachten:   |    |     |
| Pijn bij het plassen  | Ja | Nee |
| Koorts  | Ja | Nee |
| Buikpijn  | Ja | Nee |
| Afwijkende vaginale afscheiding   | Ja | Nee |
| Vaginaal bloedverlies na seksueel contact   | Ja | Nee |
| Vaginaal bloedverlies tussen de menstruatie door  | Ja | Nee |
| Bloed, slijm, pus of een pijnlijke ontlasting   | Ja | Nee |
| 2. Heeft u weleens anaal seksueel contact?  | Ja | Nee |
| 3. Heeft u de afgelopen 6 maanden met meer dan 3 verschillende partners onveilig seksueel contact gehad?  | Ja | Nee |
| 4. Heeft u weleens seksueel contact gehad met een persoon uit een van onderstaande landen; Suriname, de voormalige Nederlandse Antillen, Turkije, Marokko, Afrika, Zuid-Amerika, Azië en Oost-Europa? | Ja | Nee |
| 5. Heeft u de afgelopen 6 maanden betaald seksueel contact gehad?   | Ja | Nee |
| 6. Heeft u een partner die bovenstaande vragen met ja zou beantwoorden?   | Ja | Nee |
| 7. Heeft u een mannelijke partner die seksueel contact heeft gehad met een man?   | Ja | Nee |
| 8. Heeft uw partner een soa?  | Ja | Nee |
| 9. Is het laatste onveilige seksuele contact minder dan 3 weken geleden?  | Ja | Nee |