

الاسم _____

تاريخ الميلاد والرقم الشخصي _____

رقم الهاتف الجوال _____

1. ما هو السبب الكامن وراء رغبتك في فحص نفسك / لماذا تريد ذلك؟
- فقط للاطمئنان
- معاناة
- تم التواصل معي من قبل عيادة متابعة انتقال العدوى لشريكي
- Smittspårning

2. هل يوجد لديك؟

قضيب

مهبل

3. هل يوجد لدى شريكك

قضيب

مهبل

.....

.....

4. هل مارست علاقة جنسية خلال السنة الأخيرة؟

من فتحة الشرج

عن طريق الفم

عن طريق المهبل

شيء آخر

لا نعم

		5. معاناة؟
		انزعاج عندما تبول / آلام
		افرازات
		نزيف بيني
		نزيف خلال ممارسة الجنس
		وجع في أسفل البطن / في الأعضاء الجنسية / كيس الصفن
		جرح، طفح جلدي، بثور، حكة في الأعضاء التناسلية / كيس الصفن / فتحة الشرج
		آلم في الغدة اللنفاوية
		أوجاع في العيون
		أوجاع في الحلق
		6. هل مارست خلال السنة الأخيرة علاقة جنسية عن طريق فتحة الشرج، عن طريق الفم، عن طريق المهبل مع شريك جديد أو شريك مؤقت؟ إن خلفية الشريك الجنسية لها أهمية.
		7. هل مارست علاقة جنسية في دولة في الخارج؟ بعض الأمراض التي تنتقل عبر العلاقات الجنسية معتادة في دول أخرى.
		8. هل ترغب / ترغبين الحصول على معلومات عن كيفية حماية نفسك؟
		9. هل توجد لديك أسئلة عن صحتك الجنسية؟