

Frågeformulär vid rikliga menstruationer

Rikliga menstruationer kan ha flera olika orsaker. Detta frågeformulär är tänkt att vara till hjälp inför utredning och behandling. Det är bra om Du tar Dig tid att fylla i frågeformuläret så noga Du kan innan besöket på mottagningen.

Hur länge har Du haft riklig mens?	Hela livet <input type="checkbox"/>	Senaste åren <input type="checkbox"/>	
Har Du annars lätt för att blöda t.ex. näsblod?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Finns det blödarsjukdom i släkten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Hur regelbunden är Din mens?	Regelbunden <input type="checkbox"/>	Oregelbunden <input type="checkbox"/>	
Vilket skydd använder Du vid mens?	Tampong <input type="checkbox"/>	Binda <input type="checkbox"/>	Barnblöja <input type="checkbox"/>
Blöder Du igenom mensskyddet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ibland <input type="checkbox"/>
Blöder Du med koagler?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ibland <input type="checkbox"/>
Får Du gå upp och byta mensskydd på natten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ibland <input type="checkbox"/>
Behöver Du vara hemma från jobbet pga. riklig mens?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ibland <input type="checkbox"/>
Mensen påverkar mitt dagliga liv...	I viss grad <input type="checkbox"/>	Ganska mycket <input type="checkbox"/>	I hög grad <input type="checkbox"/>
Har Du provat Cyklo-F eller Cyklokapron?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Har Du prövat Levonova-spiral (hormonspiral?)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Har Du vid något tillfälle lidit av blodbrist, haft ett blodvärde (Hb) under 115 g/l?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Vet ej <input type="checkbox"/>
Har Du mensvärk?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ibland <input type="checkbox"/>
Tar Du någon medicin mot mensvärken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ibland <input type="checkbox"/>
Vad heter medicinen?			
Använder Du någon hormonbehandling eller P-piller?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ibland <input type="checkbox"/>
Vad heter den i så fall?			

Datum:.....

Namn:.....

Personnummer:.....