

NAAM:.....OUD:.....EGGENOOT NAAM:.....  
 BEROEP:.....EGGENOOT SE BEROEP:.....

HOOFKLAGTES: 1.....  
 2.....  
 3.....

Swangerskappe: Hoeveel keer was u reeds swanger?.....  
 Het u enige - keisersnitte gehad?.....G T P A L  
 - miskrame gehad?.....  
 - vroeggebore babas (> 3 weke) gehad?.....  
 Het u geborsvoed?.....  
 - aan enige depressie gely na die geboorte van u kind?.....

<u>Jaar van Swangerskappe</u>	<u>Manlik/Vroulik</u>	<u>Metode van verlossing</u>	<u>Gestatie/duur van swangerskap</u>	<u>Komplikasies</u>

Menstruasie: Wanneer het u laaste menstruasie begin?.....  
 Was dit normaal?.....  
 Op watter ouderdom het u Menstruasie begin?.....

Dismenoree: Is u siklus gereeld elke maand?.....  
 Het u pyn met menstruasies?.....

Dispareunie: Het u enige pyn..... of bloeding..... tydens/ na gemeenskap?.....

Infeksie: Vaginaal?.....  
 Urinêr?.....

Kontrasepsie: Is u seksueel aktief?..... Watter voorbehoeding gebruik u?.....  
Papsmeer: Wanneer was u laaste papsmeer?.....  
 Was dit al ooit abnormaal?.....

PMS: Ervaar u enige ondergenoemde simptome voor u begin menstrueer:  
 - Ongemak in die borste?..... - Gemoedskommelings?.....  
 - Buikopsetting?.....  
 Meng dit in met u -Persoonlike verhoudings?.....  
 -U vermoë om normaal te funksioneer?.....

Ander: Het u voorheen - `n abnormale vaginale afskeiding gehad?.....  
 - `n seksueel oordraagbare siekte gehad?.....  
 Wanneer was u laaste HIV toets?.....

Ervaar u enige van die volgende: - warm gloede?.....  
- eetversteuring?.....- slaapversteuring?.....  
- depressie?.....- hoofpyn?.....

Ginekologiese Het u ooit enige ginekologiese chirurgie ondergaan?.....

Operasies: (A) Sterilisatie (B) Skraap (C) Laparoskopie  
(D) Histerektomie (vaginaal/abdominaal) (E) Ander?.....

Operasies: Het u enige ander operasies gehad?.....  
Spesifiseer?.....

Ander Ginekologiese Het u enige -afskeiding uit u borste?.....  
Geskiedenis: -vermeerdering van haargroei op u gesig, borste of buik?.....  
-`n gevoel van uitsakking?.....

Persoonlike Mediese geskiedenis: Ly u self aan enige ernstige mediese toestande? (Omkring asb)  
(Diabetes, Hartsiekte, Hoë bloeddruk, Lewertoestande, Geelsug, Migraine,  
Tuberkulose, Skildkliertoestande, Epilepsie, Hoë cholesterol,  
Bloedarmoede, Bloedklonte ens.)

Familie geskiedenis: Het enigiemand in u naby familie ooit enige van die volgende gehad:  
- bors- of eierstokkanker?.....  
- osteoporose?.....  
- endometriose?.....

Enige familie geskiedenis van: (Omkring asb.)  
(Diabetes, Hartsiekte, Hoë bloeddruk, Lewertoestande, Geelsug, Migraine,  
Tuberkulose, Skildkliertoestande, Epilepsie, Hoë cholesterol,  
Bloedarmoede, Bloedklonte ens.)

Medikasie: Gebruik u enige vorm van medikasie?.....Wat?.....  
.....  
- Gebruik u enige Aspirien (bv.Disprin en/of Grandpa ens.)?.....  
- Gebruik u enige NSAID (bv. Voltaren en/of Brufen ens.)?.....

Allergieë: Is u allergies vir enige middels?.....Indien wel, watter?.....  
.....

Sosiale: Rook u?.....Gebruik u oormatige alkohol?.....  
Gebruik u enige ontspanningsmiddels?.....  
Oefening: - Watter tipe oefening doen u?.....  
- Hoeveel keer n week?.....

Dermkanaal: Het u enige van die volgende - Hardlywigheid?.....-Winderigheid?.....  
- Krampe?.....- Gewigsverlies?.....  
- Slym/bloed in stoelgang?.....

Blaas: Het u enige probleme met urinering?.....  
Lek van uriene?..... - Brand van uriene?.....

Het u n dokter gesprek in die afgelope 6 maande?.....  
Het u in die afgelope 6 maande enige bloedtoetse gehad?.....Wanneer?.....  
Enige ander Spesiale ondersoeke (Bv Mammogram of DXA beendigheid).....  
Indien "Ja" wanneer?.....