**Soa triage formulier**

**1. Wat is de reden dat u voor een SOA-test komt?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**2a. Heeft u klachten? Zo ja, wat zijn uw klachten?** (bijv: pijn/branderig gevoel bij plassen, vaker moeten plassen, afscheiding uit penis/vagina, blaasjes, wratten of zweertjes rond de geslachtsdelen of anus, pijn bij het vrijen, onregelmatig/abnormaal bloedverlies tussen menstruaties of bij vrijen)

**……………………………………………………………………………………………………………………………..**

**2b. Heeft uw sekspartner klachten? Zo ja, wat zijn de klachten?**

**……………………………………………………………………………………………………………………………..**

**3a Heeft u in het afgelopen half jaar onveilige seks gehad? En uw sekspartner?**

**JA/NEE JA/NEE**

**Onbekend**

**3b. Op welke manier had u onveilige seks?**

* **Oraal (zijn er keelklachten? Zo ja, sinds wanneer?)….**
* **Genitaal contact (insertief/receptief)**
* **Anaal contact (insertief/receptief)**

**3c. Hoe lang geleden vond het laatste onveilige seksuele contact plaats?**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**4. Hoe veel sekspartners heeft u in het afgelopen half jaar gehad?**

* **Minder dan 3 3 of meer**

**En uw sekspartner(s)?**

* **Minder dan 3 3 of meer**

**5. Heeft u in het afgelopen half jaar seksueel contact gehad met: En uw sekspartner(s):**

* Afbeelding met tekst

  Automatisch gegenereerde beschrijving**Mannen**
* **Vrouwen**
* **Zowel mannen als vrouwen**

**6. Uit welk land komt u? En uw ouders? En uw sekspartner(s)?**

**……………………………………… ………………………………. …………………………………**

**7. Heeft u seksueel contact gehad tegen betaling? En uw sekspartner(s)?**

**JA/NEE JA/NEE**

**8. Heeft u vrijwillig seks gehad?**

**JA/NEE**

**9. Heeft u drugs per injectie gebruikt? En uw sekspartner(s)?**

**JA/NEE JA/NEE**

**10. Bent u ingeënt tegen Hepatitis B?**

**JA/ NEE**

**Vrouwen:**

**11. Kan er sprake zijn van een zwangerschap? 12. Gebruikt u anticonceptie?**

**JA/NEE JA/NEE**