**SOA-screening vragenlijst**

Naam:

Geboortedatum:

Geslacht:

Geboorteland:

Telefoonnummer:

1. Wat is de reden dat u een SOA-test aanvraagt?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Heeft u klachten die zouden kunnen passen bij een SOA? Ja / nee

Zo nee, ga naar vraag 3.

Zo ja, welke? Meerdere antwoorden mogelijk.

* Pijn/branderig gevoel bij plassen

Voor vrouwen

* Vaginale jeuk
* Veranderde vaginale afscheiding
* Contactbloedingen na of bij het vrijen

Voor mannen

* Afscheiding uit de penis
* Pijn testis
* Kleine beetjes plassen
* Pijn bij/na het vrijen
* Pijn in de onderbuik
* Blaasjes rond geslachtsdelen of anus
* Wratjes rond geslachtsdelen of anus
* Zweertjes rond geslachtsdelen of anus
* Pijn bij de anus

Anders……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Heeft u in het afgelopen half jaar een SOA gehad? Ja / nee
2. Met wie heeft u seksueel contact gehad?
* Met vrouwen
* Met mannen
* Met zowel vrouwen als mannen
1. Heeft u in het afgelopen half jaar meer dan 3 contacten gehad? Ja / nee
2. Welke seksuele technieken heeft u gebruikt?
* Vaginaal
* Oraal
* Anaal

*Condoomgebruik: altijd / meestal / soms / nooit*

1. Wanneer heeft u voor het laatst onveilig seksueel contact gehad?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Heeft u seksueel contact gehad tegen betaling? Ja / nee
2. Heeft u een sekspartner (gehad) met een risicofactor voor een SOA? Ja / nee / onbekend

*Risicofactoren: mannen die seks hebben met mannen, persoon met veel wisselende contacten (≥3 in afgelopen 6 maanden), (klanten van) prostituees, personen afkomstig uit soa-endemisch gebied (Oost-Europa, Midden Oosten, Azië, Afrika, Zuid-Midden Amerika en Caribisch gebied).*

1. Zijn er nog andere zaken die wij moeten weten of heeft u nog vragen (bijv. vervelende seksuele ervaringen)?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………