

## Symtomförfrågan om ditt sexliv

Denna anvisning är avsedd för att utskrivas. Anvisningen innehåller ställen som ska fyllas i.

**Datum:**

**Namn:**

**Födelsetid:**

Svara genom att ringa in det alternativ, som bäst motsvarar din situation.

### 1. Jag har känt sexuell åtrå under den senaste månaden

1	2	3	4	5
dagligen		ibland		inte alls

### 2. Jag har smärta i de yttre könsorganen/ slidan/ nedre buken, som hindrar mitt sexliv

1	2	3	4	5
inte alls		ibland		varje gång

**Smärtans styrka:** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

inte alls

högsta möjliga smärta

### 3. Jag har andra smärtor, stress eller sjukdomar, som nedsätter min livskvalitet

1	2	3	4	5
inte alls		något		mycket

### 4. Jag känner sexuell njutning (när jag vill)

1	2	3	4	5
alltid		ibland		aldrig

**5. Min partner/ mina partners har sexualproblem eller jag har problem i mitt parförhållande, som hindrar mitt sexliv**

1	2	3	4	5
inte alls		en del		mycket

**6. Jag är mycket nöjd med mitt sexliv som helhet**

1	2	3	4	5
helt		en del		inte alls