

Franska

1. Pourquoi demandez-vous un dépistage / pourquoi voulez-vous faire un dépistage ?

2. Quel(s) type(s) de rapports sexuels avez-vous eu au cours des 12 derniers mois ?

- Rapport vaginal
- Rapport oral
- Rapport anal
- Autre

3. Avec qui avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?

- Homme(s)
- Femme(s)
- Homme(s) et femme(s)
- Autre

Oui Non Ne sais pas

4. Avez-vous des problèmes? Si la réponse est non, passez à la question 5			
problèmes urinaires/douleurs quand vous urinez			
écoulements			
saignements entre les règles			
saignements associés à des rapports sexuels			
ai/ai eu des douleurs au niveau du bas de l'abdomen/des organes génitaux			
plaies, éruptions cutanées, cloques ou démangeaisons génitales			
ganglions lymphatiques sensibles ?			
5. Votre/Vos partenaire(s) a/ont eu des problèmes au niveau des voies urinaires ou des organes génitaux ?			
6. Avez-vous eu, au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels de type vaginal, oral ou anal avec un partenaire nouveau ou occasionnel ?			
7. Avez-vous eu, au cours des 12 derniers mois, des rapports sexuels de type vaginal, oral ou anal avec quelqu'un qui peut avoir eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre ?			
8. Avez-vous eu des rapports sexuels dans un autre pays que la Suède ?			

9. Utilisez-vous des préservatifs?

- Toujours
- Le plus souvent
- Parfois
- Jamais