

SRS İMPLANT CİNSEL DEĞERLENDİRME FORMU

Ad Soyad:

Ameliyat tarihi:

Değerlendirme tarihi:

1. Eşiniz yaşıyor mu?

i. Evet Hayır

2. Cinsel ilişkiniz var mı?

i. Evet Hayır

3. Ameliyat öncesi cinsel ilişkiniz var mıydı?

i. Evet Hayır

4. Hayır ise nedeni sizin genital organ sarkmanıza mı bağlı yoksa eşinize mi bağlı olmuyor?

- Bana bağlı olarak olmuyor
 - Bende ağrı oluyor
 - İlişki zor oluyor
 - İstek duymuyorum
- Eşime bağlı olarak olmuyor

5. Cevabınız evet ise şu an değerlendirdiğinizde ameliyat öncesine göre cinsel ilişkiniz:

- Daha iyi oldu
- Daha kötü oldu
- Farketmedi
- Mükemmel oldu

6. Ameliyattan önce cinsel ilişki sırasında idrar kaçırıyor muydunuz

i. Evet Hayır

7. Ameliyattan sonra cinsel ilişki sırasında idrar kaçırıyor musunuz?

i. Evet Hayır

8. Ameliyatı benzer durumu olan arkadaşınıza tavsiye eder misiniz?

i. Evet Hayır