

QUESTIONNAIRE

Participant's Code	
Date of first evaluation (day, month, year) / Hour: minutes	/
Socio-epidemiological component	
Please tell us your date of birth (day, month, year)	Are you part of any FSWs' association? Yes / No
Where were you born? City:	Country:
Where do you live? Please only refer to the place where you spend most of the time City: Country:	
Do you spend time in another city?	Yes / No
What is the reason why you have to spend time in another city? When was the last time you were in another city because of job?	Job reasons / Study reasons / Family reasons weeks ago
How long have you had this job? Please, tell us in years	..... year(s)
Background	
Has a physician ever told you if you have chronic pelvic pain syndrome?	Yes / No / I don't know
Has a physician ever told you if you are HIV positive?	Yes / No / I don't know
Has a physician ever told you if you have had Syphilis?	Yes / No / I don't know
Has a physician ever told you if you have had Gonorrhea?	Yes / No / I don't know
Has a physician ever told you if you have had Trichomoniasis?	Yes / No / I don't know
Has a physician ever told you if you have had Chlamydia?	Yes / No / I don't know
Clinical component	
Have you had pelvic pain for several weeks or months?	Yes / No
Are you currently having vaginal discharge?	Yes / No
Are you currently having pelvic pain?	Yes / No
Do you feel like it burns in your intimate part, in the vagina?	Yes / No
Do you feel that there are injuries in your intimate part, in the vagina?	Yes / No
Do you feel that there are pimples in your intimate part, in the vagina?	Yes / No
Do you feel any pain when having sexual intercourses? If your answer is Yes, please tell us if the pain is slight, deep, or both	Yes / No Slight / Deep / Both
When was the last time you had vaginal sex without condom with your clients?	..... weeks
When was the last time you had anal sex without condom with your clients?	.....weeks
When was the last time you had oral sex without condom with your clients?	..... weeks
Treatment Background	
When was the last time a doctor treated you for sexually transmitted diseases? (Weeks)	<input type="checkbox"/> weeks ago <input type="checkbox"/> I haven't received any treatment
What did you receive as treatment?	<input type="checkbox"/> Antibiotics (PO or IV) <input type="checkbox"/> Ovules <input type="checkbox"/> Creams <input type="checkbox"/> Pain pills <input type="checkbox"/> Not apply
When was the last time you took medication (without medical prescription) for vaginal discharge or lower abdominal pain, be it ovules, creams, pills, or injections?	<input type="checkbox"/> weeks ago <input type="checkbox"/> I haven't taken any treatment
What did you take as treatment?	<input type="checkbox"/> Antibiotics (PO or IV) <input type="checkbox"/> Ovules <input type="checkbox"/> Creams <input type="checkbox"/> Pain pills <input type="checkbox"/> Not apply
So far this year, how many times have you had a medical examination?	..... times

CUESTIONARIO

Código participante	
Fecha de primera evaluación (día, mes, año) / Hora: minutos	/
Componente Socio epidemiológico	
Por favor dígame su fecha de nacimiento (día, mes, año)	¿Pertenece a alguna asociación de MTS? Si / No
¿Dónde nació? Ciudad.....	País:
¿En qué lugar vive la mayor parte del tiempo? Ciudad:	País:
¿Pasa tiempo también en otra ciudad?	Si / No
¿Cuál es el motivo por el que principalmente pasa tiempo en otra ciudad? ¿Cuándo fue la última vez que estuvo en otra ciudad por su trabajo?	Por su trabajo / estudios / visita familiar / Hace .....semanas
¿Cuánto tiempo lleva en este trabajo? Por favor dígame en años	..... año (s)
Antecedentes	
Alguna vez le ha dicho un médico si es que tiene síndrome de dolor pélvico crónico?	Si / No / No sabe
Alguna vez le ha dicho un médico si es que tiene VIH positivo?	Si / No / No sabe
Alguna vez le ha dicho un médico si es que ha tenido Sífilis?	Si / No / No sabe
Alguna vez le ha dicho un médico si es que ha tenido Gonorrea?	Si / No / No sabe
Alguna vez le ha dicho un médico si es que ha tenido Tricomonas?	Si / No / No sabe
Alguna vez le ha dicho un médico si es que ha tenido Clamidia?	Si / No / No sabe
Componente clínico	
Tiene usted dolor pélvico por varias semanas o meses?	Si / No
Está usted actualmente con secreción vaginal?	Si / No
Siente actualmente dolor pélvico?	Si / No
Siente como que le quema en su parte íntima, en la vagina?	Si / No
Siente que hay lastimados en su parte íntima, en la vagina?	Si / No
Siente que hay granitos en su parte íntima, en la vagina?	Si / No
¿Siente dolor durante las relaciones sexuales? Si responde que "Si", el dolor es: ligero o es muy fuerte y profundo, o ambos?	Si / No Dolor ligero / Dolor profundo / Ambos
¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones vaginales sin usar condón con sus clientes?	.....semanas
¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones anales sin usar condón con sus clientes?	.....semanas
¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones orales sin usar condón con sus clientes?	.....semanas
Antecedentes de tratamiento	
¿Cuándo fue la última vez que le dio un médico un tratamiento para enfermedades de transmisión sexual? (Semanas)	<input type="checkbox"/> Hace semanas <input type="checkbox"/> No he recibido tratamiento
¿Qué le dio?	<input type="checkbox"/> Antibióticos (VO o IV) <input type="checkbox"/> Óvulos <input type="checkbox"/> Cremas <input type="checkbox"/> Pastillas para el dolor <input type="checkbox"/> No aplica
¿Cuándo fue la última vez que tomó medicamentos por su cuenta para la secreción vaginal o para dolor del abdomen inferior, ya sea óvulos, cremas, pastillas o inyecciones?	<input type="checkbox"/> Hace semanas <input type="checkbox"/> No he tomado tratamiento
¿Qué uso?	<input type="checkbox"/> Antibióticos (VO o IV) <input type="checkbox"/> Óvulos <input type="checkbox"/> Cremas <input type="checkbox"/> Pastillas para el dolor <input type="checkbox"/> No aplica
En los que va de este año, ¿cuántas veces se ha hecho examinar para el control?	..... veces