



INVUL-M-N

INVULFORMULIER MAN

12/12/2016

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Datum van invullen ▶ / / 20.....

Naam ▶

Geboortedatum ▶

Adres ▶

Tel. overdag ▶

Tel. 's avonds ▶

GSM ▶

e-mail ▶

Huidig beroep ▶

INDIEN VAN TOEPASSING

Naam van uw partner ▶

Geboortedatum partner ▶

Duur van uw huidige relatie ▶

GEGEVENS ARTS

Geen verwijzende arts

Huisarts

Naam ▶

Adres ▶

Tel. ▶

Fax ▶

Instelling ▶

Uroloog / gynaecoloog

Naam ▶

Adres ▶

Tel. ▶

Fax ▶

Instelling ▶

Wat zijn uw specifieke wensen in het CRG UZ Brussel?

.....
.....
.....

MEDISCHE GEGEVENS

Gewicht ▶ Lengte ▶

Bloedgroep ▶

Bent u tijdens het voorbije jaar meer dan 10 kg gewicht verloren?

Nee

Ja

Volgt u een speciaal dieet of heeft u speciale eetgewoonten?

Nee

Ja - Welke? ▶

Oefent u geregeld een sport uit?

Nee

Ja - Welke?

▶

hoeveel uur per week? ▶

Gebruikt u, of heeft u dat in het verleden gedaan?

Alcohol - Zo ja, hoeveel glazen per dag?

▶

Tabak - Zo ja, hoeveel sigaretten of sigaren per dag?

▶

Drugs - Zo ja, wat en in welke mate?

▶



INVULFORMULIER MAN

Gaat u geregeld naar de sauna, neemt u geregeld een stoombad of een heet bubbelbad (jacuzzi)?

- Nee Ja

Bent u beroepshalve ooit blootgesteld aan:

- warmte chemische producten
 giftige dampen radioactieve straling
 andere (preciseer) ▶

Heeft u ooit een operatie ondergaan in de onderbuik, liesregio of aan de geslachtsdelen?

- Nee Ja - Welke? Wanneer? ▶

Heeft u ooit bestraling gehad t.h.v. de onderbuik of geslachtsdelen?

- Nee Ja

Heeft u het voorbije jaar medicatie (op voorschrift) ingenomen?

- Nee Ja - Welke? Op welke indicatie?
 ▶

Heeft u het voorbije jaar medicatie (niet op voorschrift) ingenomen?

- Nee Ja - Welke? Op welke indicatie?
 ▶

Bent u ooit behandeld geweest voor kanker?

- Nee Ja - Welke kanker? Wanneer? ▶

Heeft u de laatste 3 à 4 maand koorts gehad (hoger dan 38°C)?

- Nee Ja

Lijdt u of heeft u ooit geleden aan:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> allergieën | <input type="radio"/> leverprobleem |
| <input type="radio"/> anemie | <input type="radio"/> longontsteking |
| <input type="radio"/> appendicitis | <input type="radio"/> maagzweren |
| <input type="radio"/> artritis | <input type="radio"/> mazelen |
| <input type="radio"/> bloedtransfusie | <input type="radio"/> neurologische problemen |
| <input type="radio"/> bof met pijnlijke zaadbal | <input type="radio"/> nierinfectie |
| <input type="radio"/> chlamydia-infectie | <input type="radio"/> ontsteking aan de prostaat |
| <input type="radio"/> chronische bronchitis | <input type="radio"/> ontsteking aan de zaadbal |
| <input type="radio"/> chronische hoofdpijn | <input type="radio"/> overmatige beharing |
| <input type="radio"/> chronische sinusitis | <input type="radio"/> parasitaire infectie |
| <input type="radio"/> colitis | <input type="radio"/> pijnlijke of gevoelige borst |
| <input type="radio"/> diabetes | <input type="radio"/> reuma |
| <input type="radio"/> duizeligheid | <input type="radio"/> roodvonk |
| <input type="radio"/> epilepsie | <input type="radio"/> schildklierprobleem |
| <input type="radio"/> evenwichtsstoornissen | <input type="radio"/> stuipen |
| <input type="radio"/> galblaasproblemen | <input type="radio"/> syfilis |
| <input type="radio"/> gezichtsstoornissen | <input type="radio"/> taaislijmziekte |
| <input type="radio"/> gonorrhoe | <input type="radio"/> tepelvochtverlies |
| <input type="radio"/> hartafwijking | <input type="radio"/> trauma aan de zaadbal |
| <input type="radio"/> hepatitis | <input type="radio"/> tuberculose |
| <input type="radio"/> herpes | <input type="radio"/> tumor aan de zaadbal |
| <input type="radio"/> hoge bloeddruk | <input type="radio"/> urethritis |
| <input type="radio"/> kleurenblindheid | <input type="radio"/> verminderde reuk |
| <input type="radio"/> andere (preciseer) ▶ | |

MEDISCHE GESCHIEDENIS

Waren bij u als kind beide zaadballen in de balzak afgedaald?

- Nee Ja

Bent u besneden? Nee Ja

Op welke leeftijd kreeg u baardgroei of moest u zich geregeld scheren?

▶

Hoeveel keer bent u getrouwd geweest?

▶

Heeft u één of meerdere kinderen bij een andere partner?

- Nee
 Ja - Wat was de duur om te komen tot de zwangerschap?
 ▶

Is er ook een probleem geweest om tot een zwangerschap te komen met een andere partner?

- Nee Ja

Heeft u problemen met het bekomen van een erectie?

- Nee Ja

Heeft u problemen met het behouden van een erectie?

- Nee Ja

Heeft u problemen met zaadlozing?

- Nee Ja
 prematuur (te snel)
 retrograde ('droge zaadlozing')

INVULFORMULIER MAN

Heeft u het gevoel dat er effectief zaad in de vagina terechtkomt bij betrekkingen?

- Nee Ja

Heeft u een orgasme bij masturbatie zonder dat er een zaadlozing optreedt?

- Nee Ja

Heeft u vochtverlies uit de penis buiten de zaadlozing om?

- Nee Ja

Hoeveel keer per week heeft u seksuele betrekkingen met uw partner?

▶

Hoeveel keer hebben jullie seksuele betrekkingen rond de ovulatie (ongeveer halweg de menstruatiedicyclus) van uw partner?

▶

Heeft u de laatste tijd een verandering gemerkt in uw libido?

- Nee Ja

FAMILIALE MEDISCHE GESCHIEDENIS

Zijn er in uw familie vruchtbaarheidsproblemen?

- Nee Ja - Bij welk familielid?

▶

Heeft u familieleden met hormonale of aangeboren afwijkingen?

- Nee Ja - Welk familielid?

▶

Zijn er in uw familie

- kinderen geboren met afwijkingen?
 gekende erfelijke aandoeningen?
 familieleden die kanker (gehad) hebben?

Nee

Ja - Welke? Bij welk familielid?

▶

INFORMATIE OVER EVENTUELE VRUCHTBAARHEIDSBEBANDELINGEN

Hoe lang proberen u en uw partner zwanger te worden?

(maand/jaar) ▶

Bent u ooit behandeld geweest voor verminderde vruchtbaarheid?

- Nee
 Ja - Wanneer? Wie was uw arts?

▶

Welke oorzaak werd vastgesteld voor uw verminderde vruchtbaarheid?

▶

Heeft u ooit een hersteloperatie aan een varicocele (spatader aan de zaadbal) ondergaan?

- Nee
 Ja - Wanneer? ▶

Heeft u ooit een vasectomie (sterilisatie) gehad?

- Nee
 Ja - Wanneer? ▶

Welke van de volgende tests heeft u al ondergaan? Met welk resultaat?

Test	Jaar	Resultaat
<input type="radio"/> zaadanalyse		
<input type="radio"/> chlamydiatest		
<input type="radio"/> mycoplasmatest		
<input type="radio"/> antilichamentest		
<input type="radio"/> chromosomale test (karyotype)		
<input type="radio"/> testiculaire biopsie		
<input type="radio"/> testis echografie		
<input type="radio"/> hormonale test (FSH, LH, prolactine, testosteron)		
<input type="radio"/> schildkliertesten		
<input type="radio"/> echografie prostaat		
<input type="radio"/> andere (welke?)		
.....
.....
.....
.....
.....

INVULFORMULIER MAN

Heeft uw partner al kinderen met een andere man?

- Nee
- Ja - Wanneer geboren?

.....
.....
.....

Heeft uw partner al een arts geconsulteerd ter evaluatie van haar vruchtbaarheid?

- Nee
- Ja - Welke arts?

.....

Is er volgens die dokter een fertiliteitsprobleem bij uw partner?

- Nee
- Ja - Wat is de diagnose en is er een behandeling voorgesteld?

.....
.....
.....

Welke medicatie heeft u al genomen m.b.t. een fertiliteitsbehandeling?

- geen
- clomifeencitraat (Pergotime®, Clomid®)
- hMG (Menopur®)
- tamoxifen (Nolvadex®, Tamizan®)
- bromocriptine (Parlodel®)
- testosteron (Proviron®, Sustanon®, Testocaps®, Undestor®, Testim®, Androgel®)
- hCG (Pregnyl®, Choragon®)
- GnRH, LHRH (HRF®)
- FSH (Puregon®, Gonal-F®)
- andere (preciseer) ▶

.....
.....

Heeft u (als paar) al kunstmatige inseminatie ondergaan?

- Nee
- Ja - Met welk sperma?
 - mijn sperma
 - donorsperma

Hoeveel cycli? ▶

Wat was het resultaat (zwanger of niet)? ▶

Heeft u (als paar) ooit al een poging IVF of ICSI ondergaan?

- Nee
- Ja

Wanneer ▶

Waar ▶

Resultaat ▶

Welke eventuele andere behandelingen ondergingen u of u en uw partner i.v.m. uw vruchtbaarheidsprobleem?

▶

.....