



INVUL-V-N

INVULFORMULIER **VROUW**

09/12/2016

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 ▶

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 VROUW

Bent u beroepshalve ooit blootgesteld aan:

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

Heeft u ooit een echografie van het bekken ondergaan (voor een behandeling of diagnose)?

- 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?
 ▶

Lijdt u of heeft u ooit geleden aan:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> allergieën | <input type="radio"/> kleurenblindheid |
| <input type="radio"/> anemie | <input type="radio"/> leverprobleem |
| <input type="radio"/> appendicitis | <input type="radio"/> longontsteking |
| <input type="radio"/> artritis | <input type="radio"/> maagzweren |
| <input type="radio"/> bekkeninfectie | <input type="radio"/> mazelen |
| <input type="radio"/> bloedtransfusie | <input type="radio"/> neurologische problemen |
| <input type="radio"/> chlamydia-infectie | <input type="radio"/> nierinfectie |
| <input type="radio"/> chronische bronchitis | <input type="radio"/> ovariële cyste |
| <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"/> endometriose | <input type="radio"/> rubella (rode hond) |
| <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"/> tuberculose |
| <input type="radio"/> hepatitis | <input type="radio"/> urethritis |
| <input type="radio"/> herpes | <input type="radio"/> vaginitis |
| <input type="radio"/> hoge bloeddruk | <input type="radio"/> verminderde reuk |
| <input type="radio"/> andere (preciseer) ▶ | |

FAMILIALE MEDISCHE GESCHIEDENIS

Zijn er in uw familie vruchtbaarheidsproblemen?

- Nee Ja - Bij welk familielid?
 ▶

Heeft uw moeder ooit problemen gehad met zwanger worden of tijdens de zwangerschap?

- Nee Ja - Welke problemen?
 ▶

Zijn er in uw familie

- kinderen geboren met afwijkingen?
 gekende erfelijke aandoeningen?
 familieleden die kanker (gehad) hebben?
 Nee Ja - Welke? Bij welk familielid?
 ▶

Heeft u familieleden met een hormonale of aangeboren afwijking?

- Nee Ja - Wie en hoe is de persoon familie?
 ▶

GEGEVENS OVER UW MENSTRUELE CYCLUS, KINDERWENS EN EVENTUELE ZWANGERSCHAPPEN

Menstruatie

Op welke leeftijd kreeg u uw eerste menstruatie? ▶

Datum van uw meest recente menstruatie? ▶ / / 20.....

Zijn uw menstruele periodes regelmatig? Nee Ja

Hoeveel dagen zijn er tussen de ene bloeding en de volgende? ▶

Hoeveel dagen duren uw menstruele bloedingen gewoonlijk? ▶

Heeft u tijdens of na uw menstruele bloedingen krampen?

- Nee
 Ja - De krampen zijn: licht gematigd ernstig

INVULFORMULIER VROUW

Indien u krampen heeft, neemt u dan pijnstillende medicatie?

- Nee
 Ja - Welke pijnstillers?

.....

Heeft u (weinig) bloedverlies tussen twee bloedingen?

- Nee
 Ja

Anticonceptie en vruchtbaarheid

Welke van onderstaande anticonceptiva heeft u al gebruikt:

- geen
 pil - welke?
 spiraal
 pessarium
 condoom
 onthouding
 andere (preciseer)

Indien u ooit de pil genomen heeft, waren uw menstruaties dan regelmatig na pilstop?

- Nee
 Ja

Kinderwens

Sinds wanneer probeert u zwanger te worden (maand en jaar)?

.....

Hoeveel keer per week heeft u seksuele betrekkingen?

.....

Hoeveel keer heeft u seksuele betrekkingen rond de ovulatie (dit is ongeveer halweg de menstruatiecyclus)?

.....

Heeft u pijn tijdens de seksuele betrekkingen of zijn er moeilijkheden bij betrekkingen?

- Nee
 Ja

Maakt u gebruik van een glijmiddel?

- Nee
 Ja

Onderzoeken/ingrepen

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

Test	Jaar	Resultaat
<input type="radio"/> temperatuurcurve		
<input type="radio"/> postcoïtale test		
<input type="radio"/> hormonale bloedanalyse		
<input type="radio"/> echografie		
<input type="radio"/> endometriumbiopsie		
<input type="radio"/> hysterosalpingografie (HSG)		
<input type="radio"/> test op antistoffen		
<input type="radio"/> laparoscopie - hysteroscopie		
<input type="radio"/> mycoplasma / chlamydia		
<input type="radio"/> schildkliertesten		
<input type="radio"/> andere (welke?)		
.....
.....
.....
.....

Heeft u ooit een operatie ondergaan om een sterilisatie ongedaan te maken?

- Nee
 Ja - Wanneer?

.....

Heeft u ooit een andere operatie ondergaan in uw buik of bekken? (bv. appendectomie, ...)

- Nee Ja

Heeft u ooit een operatie ondergaan aan uw baarmoederhals of vagina? (bv. conisatie, ...)

- Nee Ja

Heeft u ooit een operatie ondergaan in uw baarmoeder? (bv. verwijdering van tussenschot, ...)

- Nee Ja

INVULFORMULIER VROUW

Zwangerschappen

Hoeveel zwangerschappen (inclusief miskramen of zwangerschapsonderbrekingen) heeft u al gehad?

	Wanneer (jaar)	Eindigend op miskraam	Eindigend in zwangerschaps-onderbreking	Eindigend in buitenbaarmoederlijke zwangerschap	Fertiliteitsbehandeling nodig gehad voor deze zwangerschap?	Tijdsduur om tot deze zwangerschap te komen?	Kind levend geboren?	Is de huidige partner de vader?
1 ^e zwangerschap								
2 ^e zwangerschap								
3 ^e zwangerschap								
4 ^e zwangerschap								
5 ^e zwangerschap								

 Waren er complicaties tijdens of na uw zwangerschap(pen)? Nee Ja - Welke? ▶

GEGEVENS OVER EVENTUELE VORIGE VRUCHTBAARHEIDSBEBANDELINGEN

Bent u ooit behandeld geweest voor verminderde vruchtbaarheid?

- Nee
 Ja - Wanneer? Wie was uw arts?

 ▶

Welke oorzaak werd vastgesteld voor uw verminderde vruchtbaarheid?

 ▶

Welke medicatie heeft u al genomen in het kader van een vruchtbaarheidsbehandeling?

- geen
 clomifeencitraat (Pergotime®, Clomid®)
 hMG (Menopur®)
 oestrogenen
 progesteron
 cortisonen
 antibiotica
 LHRH, GnRH (HRF®)
 hCG (Pregnyl®, Choragon®)
 bromocriptine (Parlodel®, Dostinex®)
 danazol (Danazol®)
 FSH (Puregon®, Gonal-F®)
 andere (preciseer) ▶

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

- Nee Ja

Heeft volgens die arts uw partner een fertiliteitprobleem?

- Nee Ja - Wat is de diagnose en welke behandeling werd er voorgesteld? ▶

.....

Heeft u ooit al een kunstmatige inseminatie gehad?

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

Hoeveel cycli? ▶

Wat was het resultaat (zwanger of niet)? ▶

Heeft u ooit al een IVF- of ICSI-poging ondergaan?

- Nee
 Ja

Wanneer ▶

.....

Waar ▶

.....

Resultaat ▶

.....

.....

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

▶

.....

.....