



INVULFORMULIER VROUW

INVUL-V-N

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Datum van invullen ▶ / /

Naam ▶

Naam van uw partner ▶

Duur van uw huidige relatie ▶

Adres ▶

Geboortedatum ▶ Geboortedatum partner ▶

Tel. overdag ▶ Tel. 's avonds ▶

GSM ▶ e-mail ▶

Huidig beroep ▶

GEGEVENS ARTS

Geen verwijzende arts

Huisarts

Naam ▶

Adres ▶

Tel. ▶

Fax ▶

Instelling ▶

Gynaecoloog

Naam ▶

Adres ▶

Tel. ▶

Fax ▶

Instelling ▶

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 (zo ja, welke?) ▶

.....

.....

Oefent u geregeld een sport uit?

Nee

Ja (zo ja, welke?) ▶

.....

hoeveel uur per week? ▶

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, (gelieve de medicatie op te sommen en de indicatie aan te
geven) ▶

.....

.....

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

Nee

Ja, (gelieve de medicatie op te sommen en de indicatie aan te
geven) ▶

.....

.....



INVULFORMULIER VROUW

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"/> mazelen |
| <input type="radio"/> artritis | <input type="radio"/> neurologische problemen |
| <input type="radio"/> bekken infectie | <input type="radio"/> nierinfectie |
| <input type="radio"/> bloed transfusie | <input type="radio"/> ovariële cyste |
| <input type="radio"/> chlamydia infectie | <input type="radio"/> overmatige beharing |
| <input type="radio"/> chronische bronchitis | <input type="radio"/> parasitaire infectie |
| <input type="radio"/> chronische hoofdpijn | <input type="radio"/> pijnlijke of gevoelige borst |
| <input type="radio"/> colitis | <input type="radio"/> pneumonie (longontsteking) |
| <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"/> galblaas problemen | <input type="radio"/> syfilis |
| <input type="radio"/> gezichtsstoornissen | <input type="radio"/> tuberculose |
| <input type="radio"/> gonorrhoea | <input type="radio"/> urethritis |
| <input type="radio"/> hartafwijking | <input type="radio"/> vaginitis |
| <input type="radio"/> hepatitis | <input type="radio"/> verminderde reuk |
| <input type="radio"/> herpes | <input type="radio"/> zweren |
| <input type="radio"/> hoge bloeddruk | |
| <input type="radio"/> andere (preciseer) ▶ | |

Bent u ooit behandeld geweest voor kanker?

- Nee
- Ja (gelieve te omschrijven welke en wanneer)
- ▶
- ▶

Gebruikt u, of heeft u ooit het volgende gebruikt?

- Alcohol (zo ja, hoeveel glazen per dag?)
- ▶
- Tabak (zo ja, hoeveel sigaretten of sigaren per dag)
- ▶
- Drugs (zo ja, wat en in welke mate?)
- ▶

MEDISCHE GEGEVENS INZAKE UW KINDERWENS

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

▶

Op welke leeftijd kreeg u de eerste maal uw menstruatie?

▶

Wanneer was uw meest recente menstruatie? (datum)

▶

Zijn uw menstruele periodes regelmatig?

- Nee Ja

Wat is de tijdsperiode (in dagen) van de ene bloeding tot de volgende?

▶

Hoelang duren gewoonlijk uw menstruele bloedingen?

▶

Heeft u tijdens of na uw menstruele bloedingen krampen?

- Nee
- Ja, zo ja, zijn de krampen:
- licht gematigd ernstig

Indien u krampen heeft, neemt u dan pijnstillende medicatie?

- Nee ▶
- Ja (zo ja, welke pijnstiller?)
- ▶

Heeft u (weinig) bloedverlies tussen twee bloedingen?

- Nee Ja

Waren er complicaties tijdens of na uw zwangerschap(en)?

- Nee
- Ja (zo ja, welke?)
- ▶
- ▶

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

- Nee ▶
- Ja (zo ja, welke?)
- ▶
- ▶

Zijn er in de familie

- kinderen geboren met afwijkingen
- gekende erfelijke aandoeningen
- mannen of vrouwen met oncologische problemen (kanker)
- Nee ▶
- Ja (zo ja, welke en bij wie?)
- ▶
- ▶

Zijn er familieleden met een hormonaal probleem of een aangeboren afwijking?

- Nee
- Ja (zo ja, wie en hoe is de persoon familie?)
- ▶
- ▶



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

	Wanneer (jaar)	Eindigend op miskraam	Eindigend in zwangerschaps-onderbreking	Eindigend in buitenbaar-moederlijke zwangerschap	Infertiliteits-behandeling 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								

GEGEVENS I.V.M. ANTICONCEPTIE

Welke van onderstaande anticonceptiva heeft u al gebruikt:

- geen
- pil (zo ja, welke?) ▶
- spiraal
- pessarium
- condoom
- onthouding
- andere (preciseer) ▶

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

- Nee
- Ja

Hoeveel keer per week hebben jullie seksuele betrekkingen?

▶

Hoeveel keer hebben jullie 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

GEGEVENS I.V.M. ONDERZOEKEN / INGREPEN

Welke van de volgende tests heeft u al ondergaan, indien mogelijk met welk resultaat?

Test	Jaar	Resultaat
<input type="radio"/> temperatuurscurve	
<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 (zo ja, wanneer?) ▶

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

- Nee
- Ja



INVULFORMULIER VROUW

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. tussenschotverwijdering, ...)

- Nee Ja

GEGEVENS M.B.T. DE FERTILITEITSBEHANDELINGEN

Bent u ooit behandeld geweest voor verminderde vruchtbaarheid?

- Nee
 Ja (zo ja, wanneer en wie was uw arts?)

▶

Welke oorzaak werd vastgesteld voor uw verminderde vruchtbaarheid?

▶

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

- geen
- clomifeencitraat (Pergotime®, Clomid®)
- hMG (Menopur®, Humegon®)
- oestrogenen
- progesterone
- 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 fertiliteit?

- Nee Ja

Heeft volgens die arts uw partner een fertiliteitprobleem?

- Nee ▶
 Ja (zo ja, wat is de diagnose en welke behandeling werd er voorgesteld?) ▶

Heeft u ooit al een kunstmatige inseminatie gehad?

- Nee
 Ja (zo ja, met sperma van partner of donorsperma?)

- sperma van 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 onderging u of u en uw partner i.v.m. dit vruchtbaarheidsprobleem?

▶

