



INVULFORMULIER VROUW

INVUL-AV-N

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Datum van invullen ▶ / / Geboortedatum ▶

Naam ▶

Adres ▶

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?)
▶



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 u ooit al een kunstmatige inseminatie gehad (eventueel met donorsperma)?

- Nee
 Ja
Hoeveel cycli? ▶
Wat was het resultaat (zwanger of niet)? ▶

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

- Nee
 Ja
Wanneer ▶
Waar ▶
Resultaat ▶

