



VRAGENLIJST FERTILITEIT / ENDOMETRIOSE

Noodzakelijk in te vullen en mee te brengen naar 1ste raadpleging. Indien de fertiliteitsvragen voor u niet van toepassing zijn, mag u deze overslaan.

PERSOONLIJKE GEGEVENS MEVROUW

Naam:
Voornaam:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode:
Gemeente:
Land:
Taal:
Tel.:
GSM:
E-mail:
Beroep:

PERSOONLIJKE GEGEVENS PARTNER

Naam:
Voornaam:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode:
Gemeente:
Land:
Taal:
Tel.:
GSM:
E-mail:
Beroep:

Fertiliteitskliniek



GEGEVENS KOPPEL

Burgerlijke staat? getrouwd sinds samenwonend sinds

Duur van uw relatie?

Kinderwens sinds?

GEGEVENS VROUW

Bloedgroep: (Er zal naar uw bloedgroepkaartje gevraagd worden op consultatie)

FAMILIALE VOORGESCHIEDENIS

Heeft u broers en/of zussen? nee ja, broers en/of zussen

Zijn er mensen in uw familie met:

	Nee	Ja	Indien ja, preciseer:
Borstkanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darmkanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Longkanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huidkanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eierstokkanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prostaatcancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baarmoederkanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Astma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombose (bloedklonter in groot bloedvat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endometriose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dubbele baarmoeder of baarmoeder met tussenschot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menopauze voor de leeftijd van 46	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

Bent u ooit ernstig ziek geweest? nee ja

Indien ja, vermeld de naam van de ziekte en of u nog steeds in opvolging bent bij een arts hiervoor:

.....

.....

.....



Lijdt u aan één of meerdere van volgende aandoeningen? Nee Ja

Astma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronisch vermoeidheidssyndroom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doofheid of verminderd gehoor aan één of beide oren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eczeem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibromyalgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klierkoorts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ontsteking schildklier (ziekte van Hashimoto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migraine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multiple Sclerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vernauwing sluitspier maaguitgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reumatoïde artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scoliose (zijdellingse verkromming van de wervelkolom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere rugproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische ontsteking traan- en speekselklieren (Syndroom van Sjörgen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schildklierproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hartaandoeningen, indien ja: specificeer:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lupus erythematodes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ziekte van Crohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ontstekingsziekte van de dikke darm (colitis ulcerosa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prikkelbare Darmsyndroom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere (preciseer):		

Bent u allergisch voor medicatie (antibiotica, ...), latex of ontsmettingsmiddelen?

nee ja, preciseer:

Heeft u ooit gynaecologische problemen gehad?

nee ja, preciseer:

Heeft u (ooit) kanker gehad?

nee ja, preciseer:

GYNAECOLOGISCHE VOORGESCHIEDENIS

Op welke leeftijd kreeg u de eerste maal uw menstruatie? jaar

Heeft u abnormaliteiten van de baarmoeder of de baarmoederhals? nee ja

Indien ja, heeft u hier enige ingreep voor ondergaan? nee ja

Heeft u endometriose? nee ja

Indien ja, heeft u hier enige ingreep voor ondergaan? nee ja

CHIRURGISCHE VOORGESCHIEDENIS

Heeft u ooit een ingreep ondergaan? nee ja

Indien ja, vermeld het jaar en naam van de ingreep:



Heeft u ooit een gynaecologische ingreep ondergaan? nee ja

Indien ja, vermeld het jaar, de aard van de ingreep en de naam van de gynaecoloog die u geopereerd heeft:

.....

VOORGESCHIEDENIS FERTILITEIT

Neemt u op dit moment foliumzuur? nee ja

Zijn jullie reeds langer dan 1 jaar aan het proberen om zwanger te raken? nee ja

Hebben jullie reeds onderzoeken ondergaan om de oorzaak van verminderde fertiliteit te achterhalen? nee ja

LEVENSTIJL

Heeft u gedurende uw leven reeds meer dan 100 sigaretten gerookt? nee ja

Indien ja, op welke leeftijd bent u beginnen roken? jaar

Indien ja, bent u momenteel een actieve roker? nee ja

VERLOSKUNDIGE VOORGESCHIEDENIS

Indien u geen verloskundige voorgeschiedenis heeft, gelieve verder te gaan naar deel "Gegevens voorgaande fertiliteitsbehandelingen".

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

Zwanger-schap	Wanneer (jaar)	Infertiliteits-behandeling nodig gehad voor deze zwangerschap ?	Tijdsduur om tot deze zwangerschap te komen	Zwangerschapsevolutie	Geboortegewicht
1 ^e		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> kind levend geboren <input type="radio"/> miskraam <input type="radio"/> buitenbaarmoederlijke zwangerschap <input type="radio"/> zwangerschapsonderbreking	
2 ^e		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> kind levend geboren <input type="radio"/> miskraam <input type="radio"/> buitenbaarmoederlijke zwangerschap <input type="radio"/> zwangerschapsonderbreking	
3 ^e		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> kind levend geboren <input type="radio"/> miskraam <input type="radio"/> buitenbaarmoederlijke zwangerschap <input type="radio"/> zwangerschapsonderbreking	
4 ^e		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> kind levend geboren <input type="radio"/> miskraam	



				<input type="checkbox"/> buitenbaarmoederlijke zwangerschap <input type="checkbox"/> zwangerschapsonderbreking	
5 ^e		<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> kind levend geboren <input type="checkbox"/> miskraam <input type="checkbox"/> buitenbaarmoederlijke zwangerschap <input type="checkbox"/> zwangerschapsonderbreking	

Heeft u problemen gehad tijdens uw zwangerschap(en)? nee ja

Indien ja, vermeld welke problemen en bij welke zwangerschap

Heeft u problemen gehad na de bevalling(en)? nee ja

Indien ja, preciseer:

Waren er problemen met uw kindje(s) na de geboorte? nee ja

Zo ja, preciseer:

Heeft u borstvoeding gegeven? nee ja

Indien een zwangerschap eindigde in een miskraam, vul dan onderstaande tabel verder aan.

Zwangerschap	Jaar	Aantal weken	Vruchtzakje gezien	Hartactiviteit
1 ^e miskraam			<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
2 ^e miskraam			<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
3 ^e miskraam			<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
4 ^e miskraam			<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
5 ^e miskraam			<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja

GEGEVENS VOORGAANDE FERTILITEITSBEHANDELINGEN

Bent u ooit in behandeling geweest voor verminderde vruchtbaarheid? nee ja

Indien ja, wie was uw behandelend arts?

Heeft u ooit een behandeling gehad om uw eisprong te induceren? nee ja

Indien ja, geef dan meer informatie hieronder en vul onderstaande tabel verder aan.

Hoeveel cycli?



Cyclus	Medicatie (*)	Dosis (**)	Eisprong	Resultaat(***)
1 ^e			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	
2 ^e			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	
3 ^e			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	
4 ^e			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	
5 ^e			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	
6 ^e			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	

(*) Medicatie: Gonal-F, Puregon, Menopur, Clomid, Pergotime, Pregnyl, Andere (specifeer)

(**) Dosis: uitdrukken in aantal tabletten/ampullen per dag

(***) Kies uit één van de volgende opties:

- 1= niet zwanger
- 2= enkel gestegen zwangerschapshormoon in bloed of urine, maar nadien zeer vroeg miskraam
- 3= miskraam
- 4= buitenbaarmoederlijke zwangerschap
- 5= zwangerschap & geboorte

Heeft u ooit een kunstmatige inseminatie gehad? nee ja

Indien ja, geef dan meer informatie hieronder en vul onderstaande tabel verder aan:

Hoeveel cycli?

Cyclus	Medicatie (*)	Dosis (**)	Inseminatie	Sperma	Resultaat(***)
1 ^e			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> partner <input type="radio"/> donor	
2 ^e			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> partner <input type="radio"/> donor	
3 ^e			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> partner <input type="radio"/> donor	
4 ^e			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> partner <input type="radio"/> donor	
5 ^e			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> partner <input type="radio"/> donor	
6 ^e			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> partner <input type="radio"/> donor	

(*) Medicatie: Gonal-F, Puregon, Menopur, Clomid, Pergotime, Pregnyl, Andere (specifeer)

(**) Dosis: uitdrukken in aantal tabletten/ampullen per dag

(***) Kies uit één van de volgende opties:

- 1= niet zwanger
- 2= enkel gestegen zwangerschapshormoon in bloed of urine, maar nadien zeer vroeg miskraam



3= miskraam
4= buitenbaarmoederlijke zwangerschap
5= zwangerschap & geboorte

Heeft u ooit een IVF- of ICSI-poging gehad? nee ja

Indien ja, geef dan meer informatie hieronder en vul onderstaande tabel verder aan:

Wanneer?

Waar?

Hoeveel verse cycli (=cycli met pick-up)?

Hoeveel dooicycli (=cycli waar ingevroren embryo's worden gebruikt)?

Cyclus	Medicatie (*)	Dosis medicatie bij start (Menopur, Gonal-F of Puregon) (**)	Aantal eicellen bij pick-up	IVF/ ICSI	Aantal bevruchte eicellen	Dag van terugplaatsen embryo's (na pick-up)	Aantal embryo's teruggeplaatst	Aantal ingevroren embryo's	Resultaat (***)
1 ^e				<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI					
2 ^e				<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI					
3 ^e				<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI					
4 ^e				<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI					
5 ^e				<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI					
6 ^e				<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI					

(*) Medicatie: Suprefect, Decapeptyl, Cetrotide, Orgalutran, Gonal-F, Puregon, Menopur, Pregnyl, Andere (specifeer)

(**) Dosis: uitdrukken in aantal eenheden per dag

(***) Kies uit één van de volgende opties:

1= niet zwanger



- 2= enkel gestegen zwangerschapshormoon in bloed of urine, maar nadien zeer vroeg miskraam
3= miskraam
4= buitenbaarmoederlijke zwangerschap
5= zwangerschap & geboorte

HUIDIGE PERSOONLIJKE SITUATIE

Neemt u medicatie? nee ja

Indien ja, welke medicatie en welke dosis:

Drinkt u alcohol? nee occasioneel ja

Indien ja, hoeveel glazen per dag?

Gebruikt u of heeft u soft- of harddrugs gebruikt? nee ja

Indien ja, preciseer:

Komt u in contact met toxische stoffen? nee ja

Indien ja, preciseer:

Werkt u in speciale werkomstandigheden? nee ja

Hoeveel weegt u? kg

Hoe groot bent u? cm

CYCLUSINFORMATIE

Wanneer was uw laatste menstruatie?/...../.....

Zijn uw menstruele periodes regelmatig? nee ja

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

Minimaaldagen /maximaaldagen

Hoelang duren uw menstruele bloedingen (= aantal dagen helderrood bloedverlies)?

Hoeveel bloedverlies heeft u bij uw menstruatie?

weinig normaal veel met klonters zeer veel met klonters

Heeft u tijdens uw menstruaties krampen in de onderbuik? nee ja

Indien ja, zijn deze krampen: licht gematigd ernstig zeer ernstig

Hoeveel keer per week hebben jullie gemiddeld seksuele betrekkingen?

Houdt u rekening met uw vruchtbare periode? nee ja

Zijn er moeilijkheden bij betrekkingen? nee ja

Heeft u pijn bij seksuele betrekkingen? nee ja



- Heeft u soms bloedverlies tussen uw menstruele bloedingen? nee ja
- Heeft u pijn in de onderbuik buiten uw menstruatie? nee ja
- Heeft u een pijnlijke stoelgang tijdens uw menstruaties? nee ja
- Heeft u soms bloedverlies in de stoelgang? nee ja
- Heeft u last van obstipatie? nee ja
- Heeft u last van diarree? nee ja
- Heeft u pijn bij het plassen tijdens uw menstruele bloedingen? nee ja
- Heeft u soms bloedverlies in de urine? nee ja
- Heeft u last van abnormale vaginale afscheiding? nee ja
- Heeft u last van jeuk vaginaal? nee ja
- Heeft u last van overdreven haargroei op benen, armen of gelaat? nee ja
- Heeft u last van 'opvliegers' of nachtelijk zweten? nee ja
- Heeft u continu (bijna dagelijks en dus ook buiten de periode van de menstruatie) last van onderbuikpijn? nee ja
- Bent u vermoeid? nee ja

GEGEVENS MAN (INDIEN VAN TOEPASSING)

Bloedgroep: (Er zal naar uw bloedgroepkaartje gevraagd worden op consultatie)

FAMILIALE VOORGESCHIEDENIS

Zijn er mensen in uw familie met:	Nee	Ja	Indien ja, preciseer:
Aangeboren afwijkingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gekende erfelijke aandoeningen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fertiliteitsproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische problemen (depressie, schizofrenie...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere zaken die niet vermeld werden hierboven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

Bent u ooit ernstig ziek geweest? nee ja

Indien ja, vermeld de naam van de ziekte en of u nog in opvolging bent bij een arts hiervoor:
.....



Heeft u ooit een depressie gehad of antidepressiva genomen? nee ja

Indien ja, vermeld wanneer en of u hiervoor nog in opvolging bent bij een arts:
.....

Bent u allergisch voor medicatie (antibiotica, ...), latex of ontsmettingsmiddelen?

nee ja, preciseer:.....

Heeft u ooit problemen gehad ter hoogte van teelbal of penis?

nee ja, preciseer:.....

Heeft u ooit problemen met het bekomen of behouden van een erectie? nee ja

Heeft u ooit problemen met zaadlozing? nee ja

Bent u ooit geopereerd? nee ja

Indien ja, vermeld het jaar en naam van de ingreep:

Heeft u ooit een ingreep ondergaan ter hoogte van teelbal of penis? nee ja

Indien ja, vermeld het jaar, naam van de ingreep en de arts die u geopereerd heeft:

Neemt u medicatie? nee ja

Indien ja, vermeld de medicatie die u neemt en de dosis:

Heeft u kinderen in uw huidige relatie? nee ja

Indien ja, geef het aantal:

Heeft u kinderen uit een voorgaande relatie? nee ja

Indien ja, geef het aantal

LEVENSTIJL

Bent u momenteel een actieve roker? nee ja

Indien ja, hoeveel per dag?

Drinkt u alcohol? nee occasioneel ja

Indien ja, hoeveel glazen per dag?

Gebruikt u of heeft u soft- of harddrugs gebruikt? nee ja

Indien ja, preciseer:



Gebruikt u of heeft u recent voedingssupplementen gebruikt die u verkregen heeft via het internet of via fitnesscentra/shops?

nee ja, preciseer:

Komt u in contact met toxische stoffen? nee ja

Indien ja, preciseer:

Werkt u in speciale werkomstandigheden? nee ja

Hoeveel weegt u? kg

Hoe groot bent u? cm