



**VRAGENLIJST FERTILITEIT / ENDOMETRIOSE (indien u enkel voor endometriose komt, mag u de fertiliteitsvragen overslaan)
Noodzakelijk in te vullen en mee te brengen naar 1^{ste} raadpleging
(zie ook www.uzleuven.be/lufc)**

Persoonlijke gegevens mevrouw:

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

Persoonlijke gegevens van de partner:

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

Contactgegevens van uw eigen gynaecoloog

Naam: _____

Voornaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Gemeente: _____

Land: _____

Taal: _____

Tel.: _____

GSM: _____

Fax: _____

E-mail: _____

Samenvatting van uw concrete hulpvraag aan LUFC

Voorgeschiedenis vrouw

Kinderwens sinds?

Duur van uw relatie?

Bent u getrouwd of samenwonend?

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

Familiale voorgeschiedenis:

Zijn er mensen in de familie met:

	Nee	Ja	Indien ja, preciseer:
Aangeboren afwijkingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gekende erfelijke aandoeningen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Borstkanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eierstokkanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endometriose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schildklierproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychologische problemen (depressie, schizofrenie...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere zaken die niet vermeld werden hierboven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Medische voorgeschiedenis vrouw:

Bent u ooit ernstig ziek geweest?

nee ja

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

.....

Hebt 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 ontsmettingmiddelen?

nee ja

Indien ja, preciseer:.....

Hebt u ooit gynaecologische problemen gehad?

nee ja

Indien ja, preciseer:

Bent u ooit geopereerd?

nee ja

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

Hebt 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:

Neemt u medicatie?

nee ja

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

Neemt u foliumzuur?

nee ja

Levensstijl vrouw:

Rookt u?

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:.....

Gewicht: kg

Lengte: cm

Gynaecologische voorgeschiedenis:

Op welke leeftijd kreeg u de eerste maal uw menstruatie?

Wanneer was uw laatste menstruatie (datum)?

Zijn uw menstruele periodes regelmatig?

nee ja

Wat is de tijdsspanne (in dagen) van de ene bloeding tot de volgende minimaal / maximaal?/.....

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

Hoeveel bloedverlies hebt u bij de menstruaties?

weinig normaal veel met klonters zeer veel met klonters

Hebt u tijdens de menstruaties krampen in de onderbuik?

nee

ja Zo ja, zijn de krampen : licht gematigd 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

Hebt u last van overdreven haargroei op benen, armen of gelaat?

nee ja

Hebt u last van 'opvliegers' of nachtelijk zweten?

nee ja

Hebt u soms bloedverlies tussen uw menstruele bloedingen?

nee ja

Hebt u soms bloedverlies na seksuele betrekkingen?

nee ja

Hebt u last van abnormale vaginale afscheiding?

nee ja

Hebt u last van jeuk vaginaal?

nee ja

Hebt u pijn bij seksuele betrekkingen?

nee ja

Hebt u een pijnlijke stoelgang tijdens uw menstruaties?

nee ja

Hebt u soms bloedverlies in de stoelgang?

nee ja

Hebt u last van obstipatie?

nee ja

Hebt u last van diarree?

nee ja

Hebt u pijn bij het plassen tijdens uw menstruele bloedingen?

nee ja

Hebt u soms bloedverlies in de urine?

nee ja

Hebt u continu (bijna dagelijks en dus ook buiten de periode van de menstruatie) last van onderbuikpijn?

nee ja

Bent u vermoeid?

nee ja

Verloskundige voorgeschiedenis:

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

zwangerschap	wanneer (jaar)	infertiliteits-behandeling nodig gehad voor deze zwangerschap	tijdsduur om tot deze zwangerschap te komen	zwangerschapsevolutie	geboortegewicht
1 ^e				<input type="radio"/> kind levend geboren <input type="radio"/> miskraam <input type="radio"/> buitenbaarmoederlijke zwangerschap <input type="radio"/> zwangerschapsonderbreking	
2 ^e				<input type="radio"/> kind levend geboren <input type="radio"/> miskraam <input type="radio"/> buitenbaarmoederlijke zwangerschap <input type="radio"/> zwangerschapsonderbreking	
3 ^e				<input type="radio"/> kind levend geboren <input type="radio"/> miskraam <input type="radio"/> buitenbaarmoederlijke zwangerschap <input type="radio"/> zwangerschapsonderbreking	
4 ^e				<input type="radio"/> kind levend geboren <input type="radio"/> miskraam <input type="radio"/> buitenbaarmoederlijke zwangerschap <input type="radio"/> zwangerschapsonderbreking	
5 ^e				<input type="radio"/> kind levend geboren <input type="radio"/> miskraam <input type="radio"/> buitenbaarmoederlijke zwangerschap <input type="radio"/> zwangerschapsonderbreking	

Hebt u problemen gehad tijdens uw zwangerschap(pen)?

nee ja

Zo ja, vermeld welke problemen en bij welke zwangerschap

.....

Hebt u problemen gehad na de bevalling(en)?

nee ja

Zo ja, preciseer:

.....

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

nee ja

Zo ja, preciseer:

.....

Hebt 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				
2 ^e miskraam				
3 ^e miskraam				
4 ^e miskraam				
5 ^e miskraam				

Gegevens voorgaande fertiliteitsbehandelingen

Bent u ooit in behandeling geweest voor verminderde vruchtbaarheid?

nee

ja

Zo ja, wie was uw arts?

Hebt u al ooit een behandeling gehad om uw eisprong te induceren?

nee

ja

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

Hoeveel cycli?

cyclus	medicatie	dosis Clomid/Menopur(*)	eisprong	resultaat(**)
1 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Pregnyl		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	
2 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Pregnyl		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	
3 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Pregnyl		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	
4 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Pregnyl		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	
5 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Pregnyl		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	
6 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Pregnyl		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	

(*) Dosis:

Clomid: uitgedrukt in aantal tabletten/dag

Menopur: uitgedrukt in aantal ampullen/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

Hebt u ooit al een kunstmatige inseminatie gehad?

nee

ja

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

Hoeveel cycli?

cyclus	medicatie	dosis Clomid/Menopur(*)	inseminatie	sperma	resultaat(**)
1 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Pregnyl		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	<input type="radio"/> van partner <input type="radio"/> donorsperma	
2 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Pregnyl		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	<input type="radio"/> van partner <input type="radio"/> donorsperma	
3 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Pregnyl		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	<input type="radio"/> van partner <input type="radio"/> donorsperma	
4 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Pregnyl		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	<input type="radio"/> van partner <input type="radio"/> donorsperma	
5 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Pregnyl		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	<input type="radio"/> van partner <input type="radio"/> donorsperma	
6 ^e	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Pregnyl		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	<input type="radio"/> van partner <input type="radio"/> donorsperma	

(*) Dosis:

Clomid: uitgedrukt in aantal tabletten/dag

Menopur: uitgedrukt in aantal ampullen/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

Hebt u ooit deelgenomen aan een IVF- of ICSI-poging?

nee

ja

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

Wanneer?

Waar?

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

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

verse cycli	medicatie	dosis medicatie bij start (Menopur, Gonal F of Puregon)	aantal eicellen bij pick-up	IVF of ICSI	aantal bevruchte eicellen	dag van terugplaatsen embryo's (na pick-up)	aantal teruggeplaatste embryo's	aantal ingevroren embryo's	resultaat (**)
1 ^e	<input type="radio"/> Suprefact <input type="radio"/> Decapeptyl <input type="radio"/> Cetrotide <input type="radio"/> Orgalutran <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Gonal F <input type="radio"/> Puregon			<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI					
2 ^e	<input type="radio"/> Suprefact <input type="radio"/> Decapeptyl <input type="radio"/> Cetrotide <input type="radio"/> Orgalutran <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Gonal F <input type="radio"/> Puregon			<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI					
3 ^e	<input type="radio"/> Suprefact <input type="radio"/> Decapeptyl <input type="radio"/> Cetrotide <input type="radio"/> Orgalutran <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Gonal F <input type="radio"/> Puregon			<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI					
4 ^e	<input type="radio"/> Suprefact <input type="radio"/> Decapeptyl <input type="radio"/> Cetrotide <input type="radio"/> Orgalutran <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Gonal F <input type="radio"/> Puregon			<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI					
5 ^e	<input type="radio"/> Suprefact <input type="radio"/> Decapeptyl <input type="radio"/> Cetrotide <input type="radio"/> Orgalutran <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Gonal F <input type="radio"/> Puregon			<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI					
6 ^e	<input type="radio"/> Suprefact <input type="radio"/> Decapeptyl <input type="radio"/> Cetrotide <input type="radio"/> Orgalutran <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Gonal F <input type="radio"/> Puregon			<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI					

(**) zie keuze-opties volgende pagina

(**) 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

Voorgeschiedenis man:

Kinderwens sinds?

Duur van uw relatie?

Bent u getrouwd of samenwonend?

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

Familiale voorgeschiedenis man:

Zijn er mensen in de 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"/>

Voorgeschiedenis man:

Bent u ooit ernstig ziek geweest?

nee ja

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

.....

Hebt 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

Indien ja, preciseer:

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

nee

ja

Indien ja, preciseer:

.....

Hebt u ooit problemen met het bekomen of behouden van een erectie?

nee

ja

Hebt u ooit problemen met zaadlozing?

nee

ja

Bent u ooit geopereerd?

nee ja

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

.....

Hebt 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:

.....

Hebt u kinderen uit uw huidige relatie?

nee ja Indien ja, geef het aantal:

.....

Hebt u kinderen uit voorgaande relaties?

nee ja Indien ja, geef het aantal:.....

.....

Levensstijl man:

Rookt u?

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:

.....

Komt u in contact met toxische stoffen?

nee ja

Indien ja, preciseer:

Werkt u in speciale werkomstandigheden (extreme hitte bijvoorbeeld)?

nee

ja

Gewicht: kg

Lengte: cm

