



# 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(pen)?

- 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 <sup>e</sup> zwangerschap								
2 <sup>e</sup> zwangerschap								
3 <sup>e</sup> zwangerschap								
4 <sup>e</sup> zwangerschap								
5 <sup>e</sup> 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 halfweg 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?

▶ .....

