



PROTOCOL ECHOGRAFISCHE FOLLIKELMETINGEN

Datum:/...../.....

Naam patiënte:

Geboortedatum:/...../.....

Datum laatste regels:/...../.....

Echografist:

	LINKER OVARIUM	RECHTER OVARIUM
Totaal aantal follikels	aantal	aantal
Afmetingen (gemiddelde diameter)		
> 25	_____	> 25 _____
25	_____	25 _____
24	_____	24 _____
23	_____	23 _____
22	_____	22 _____
21	_____	21 _____
20	_____	20 _____
19	_____	19 _____
18	_____	18 _____
17	_____	17 _____
16	_____	16 _____
15	_____	15 _____
14	_____	14 _____
13	_____	13 _____
12	_____	12 _____
11	_____	11 _____
10	_____	10 _____
≤ 9	_____	≤ 9 _____
Totaal aantal cysten		
Afmetingen (diameter)		
1	_____	1 _____
2	_____	2 _____
3	_____	3 _____
Intra-cystische structuren	ja / nee	
Vrij vocht in Douglassholte	ja / nee	
Dikte endometrium mm	
PCO aspect	ja / nee	
Baarmoeder	normaal / niet normaal → Reden	

BLOEDANALYSE

Datum	Oestradiol (ng/L)	LH (IU/L)	Progesterone (µg/L)	FSH (IU/L)	HCG (IU/L)

Gelieve deze resultaten door te faxen naar het Leuvens universitair fertiliteitscentrum op het nummer 016 34 36 07 vóór 12uur.

