



## VRAGENLIJST FERTILITEIT

Noodzakelijk in te vullen en zo snel mogelijk te bezorgen.

Indien de fertiliteitsvragen voor u niet van toepassing zijn, mag u deze overslaan.

### PERSOONLIJKE GEGEVENS VAN DE VROUW DIE ZWANGER WIL WORDEN

Naam: .....

Voornaam: .....

Geboortedatum: .....

Geboorteplaats: .....

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: .....





**VOORGESCHIEDENIS VAN DE VROUW DIE ZWANGER WIL WORDEN**

Kinderwens sinds? .....

Duur van uw relatie? .....

Bent u  getrouwd of  samenwonend?

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

**FAMILIALE VOORGESCHIEDENIS**

<b>Zijn er mensen in uw familie met:</b>	<b>Nee</b>	<b>Ja</b>	<b>Indien ja, preciseer:</b>
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**

**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 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

### LEVENSTIJL

**Rookt u?**  nee  ja

Indien ja, hoeveel per dag? .....

**Drinkt u alcohol?**  nee  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

**Heeft u al eerder een gynaecologisch onderzoek gehad?**  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 last van abnormale vaginale afscheiding?**  nee  ja



- Hebt u last van jeuk vaginaal?  nee  ja
- Hebt u een pijnlijke stoelgang tijdens uw menstruatie?  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 onderbuikspijn?  
 nee  ja
- Bent u vermoeid?  nee  ja



**VERLOSKUNDIGE VOORGESCHIEDENIS**

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

<b>Zwanger- schap</b>	<b>Wanneer (jaar)</b>	<b>Infertiliteits- behandeling nodig gehad voor deze zwangerschap?</b>	<b>Tijdsduur om tot deze zwangerschap te komen</b>	<b>Zwangerschapsevolutie</b>	<b>Geboortegewicht</b>
1 <sup>e</sup>		O nee O ja		O kind levend geboren O miskraam O buitenbaarmoederlijke zwangerschap O zwangerschapsonderbreking O niet levend geboren kind	
2 <sup>e</sup>		O nee O ja		O kind levend geboren O miskraam O buitenbaarmoederlijke zwangerschap O zwangerschapsonderbreking O niet levend geboren kind	
3 <sup>e</sup>		O nee O ja		O kind levend geboren O miskraam O buitenbaarmoederlijke zwangerschap O zwangerschapsonderbreking O niet levend geboren kind	
4 <sup>e</sup>		O nee O ja		O kind levend geboren O miskraam O buitenbaarmoederlijke zwangerschap O zwangerschapsonderbreking O niet levend geboren kind	
5 <sup>e</sup>		O nee O ja		O kind levend geboren O miskraam O buitenbaarmoederlijke zwangerschap O zwangerschapsonderbreking O niet levend geboren kind	

**Hebt u problemen gehad tijdens uw zwangerschap(en)?**  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? .....

.....

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

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

**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? .....



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

(\*) 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? .....



<b>Cyclus</b>	<b>Medicatie</b>	<b>Dosis Clomid/Menopur(*)</b>	<b>Inseminatie</b>	<b>Sperma</b>	<b>Resultaat(**)</b>
1 <sup>e</sup>	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> donor	
2 <sup>e</sup>	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> donor	
3 <sup>e</sup>	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> donor	
4 <sup>e</sup>	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> donor	
5 <sup>e</sup>	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> donor	
6 <sup>e</sup>	<input type="radio"/> Clomid <input type="radio"/> Menopur <input type="radio"/> Ovitrelle		<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> donor	

(\*) 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 dooicycli (= cycli waar ingevroren embryo's worden gebruikt)? .....



<i>Cyclus</i>	<i>Medicatie</i>	<i>Dosis medicatie bij start (Menopur, Gonal-F of Puregon)</i>	<i>Aantal eicellen bij pick-up</i>	<i>IVF/ICSI</i>	<i>Aantal bevruchte eicellen</i>	<i>Dag van terugplaatsen embryo's(na pick-up)</i>	<i>Aantal embryo's teruggeplaatst</i>	<i>Aantal ingevroren embryo's</i>	<i>Resultaat (**)</i>
1 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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 <sup>e</sup>	<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					

(\*\*) 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 PARTNER

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 PARTNER

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 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

#### LEVENSTIJL PARTNER

**Rookt u?**  nee  ja

Indien ja, hoeveel per dag? .....

**Drinkt u alcohol?**  nee  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

**Hebt u kinderen?**  nee  ja

**Bent u ooit zwanger geweest?**  nee  ja



VERLOSKUNDIGE VOORGESCHIEDENIS

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

<b>Zwanger- schap</b>	<b>Wanneer (jaar)</b>	<b>Infertiliteits- behandeling nodig gehad voor deze zwangerschap?</b>	<b>Tijdsduur om tot deze zwangerschap te komen</b>	<b>Zwangerschapsevolutie</b>	<b>Geboortegewicht</b>
1 <sup>e</sup>		O nee O ja		O kind levend geboren O miskraam O buitenbaarmoederlijke zwangerschap O zwangerschapsonderbreking O niet levend geboren kind	
2 <sup>e</sup>		O nee O ja		O kind levend geboren O miskraam O buitenbaarmoederlijke zwangerschap O zwangerschapsonderbreking O niet levend geboren kind	
3 <sup>e</sup>		O nee O ja		O kind levend geboren O miskraam O buitenbaarmoederlijke zwangerschap O zwangerschapsonderbreking O niet levend geboren kind	
4 <sup>e</sup>		O nee O ja		O kind levend geboren O miskraam O buitenbaarmoederlijke zwangerschap O zwangerschapsonderbreking O niet levend geboren kind	
5 <sup>e</sup>		O nee O ja		O kind levend geboren O miskraam O buitenbaarmoederlijke zwangerschap O zwangerschapsonderbreking O niet levend geboren kind	