



## VRAGENLIJST FERTILITEIT / ENDOMETRIOSE

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 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: .....



**CONTACTGEGEVENS VAN UW EIGEN GYNAECOLOOG**

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

**SAMENVATTING VAN UW CONCRETE HULPVRAAG AAN LUF C**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**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

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

	<b>Nee</b>	<b>Ja</b>
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 arthritis	<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 erythematoses	<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 ontsmettingmiddelen?**

O nee O ja, preciseer: .....

**Heeft u ooit gynaecologische problemen gehad?**

O nee O ja, preciseer: .....

**Heeft u (ooit) kanker gehad?**

O nee O ja, preciseer: .....

**GYNAECOLOGISCHE VOORGESCHIEDENIS**

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

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

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

**Heeft u endometriose?** O nee O ja

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

#### LEVENsstIJL

**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?**

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

**Heeft u problemen gehad tijdens uw zwangerschap(pen)?**  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 <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

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 <sup>e</sup>			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	
2 <sup>e</sup>			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	
3 <sup>e</sup>			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	
4 <sup>e</sup>			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	
5 <sup>e</sup>			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	
6 <sup>e</sup>			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	

(\*) (\*\*) (\*\*\*) zie keuze-opties volgende pagina



(\*) 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?**

O nee    O ja

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

Hoeveel cycli? .....

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

(\*) (\*\*) (\*\*\*) zie keuze-opties volgende pagina



(\*) 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?**

Minimaal .....dagen / maximaal .....dagen

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

**Hoeveel bloedverlies heeft u bij uw menstruatie?**

weinig  normaal  veel met klonters  O 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?  nee  ja
- 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**

<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"/>	.....
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 ontsmettingmiddelen?**

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