



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

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 GYNACOLOGOOG

Naam:

Voornaam:

Adres:

Postcode:

Gemeente:

Land:

Taal:

Tel.:

GSM:

Fax:

E-mail:

SAMENVATTING VAN UW CONCRETE HULPVRAAG AAN LUFU

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



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

Zijn er mensen in uw 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

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?

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

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?

.....

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 ^e miskraam			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
2 ^e miskraam			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
3 ^e miskraam			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
4 ^e miskraam			<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee <input type="radio"/> ja
5 ^e 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?



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



Cyclus	Medicatie	Dosis Clomid/Menopur(*)	Inseminatie	Sperma	Resultaat(**)
1 ^e	<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 ^e	<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 ^e	<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 ^e	<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 ^e	<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 ^e	<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 ^e	<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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?

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