

# Oriënterend Fertiliteit Onderzoek

## Vragenlijst vrouw

### Persoonsgegevens

Naam: .....

Geboortedatum:.....

Lengte:..... cm

Gewicht:..... kg BMI:

### **Vragen over uw vruchtbaarheid**

1. Sinds wanneer probeert u met uw huidige partner kinderen te krijgen?

2. Bent u ooit eerder zwanger geweest? (zo niet, ga door met vraag 4)

Indien u ooit eerder zwanger geweest bent vul dan onderstaande tabel in

Maand/Jaar	Spontaan zwanger? ja/nee:.... (bv:KID, IUI, IVF)	In deze of in een eerdere relatie	Bevalling: vaginaal/ keizersnede/nvt	Uitkomst zwangerschap (bv: miskraam, abortus, buitenbaarmoederlijke zw., vroeggeboorte(bij...weken), kind overleden, gezond kind
	Ja / nee	Deze/eerder	Vaginaal/ keizersnede	
	Ja / nee	Deze/eerder	Vaginaal/ keizersnede	
	Ja / nee	Deze/eerder	Vaginaal/ keizersnede	
	Ja / nee	Deze/eerder	Vaginaal/ keizersnede	
	Ja / nee	Deze/eerder	Vaginaal/ keizersnede	
	Ja / nee	Deze/eerder	Vaginaal/ keizersnede	

### De menstruatiecyclus

**Tip: download een menstruatiekalender app**

3. Op welke leeftijd was u voor het eerst ongesteld?

4. Is uw menstruatiecyclus daarna regelmatig?

Duur van de cyclus (van 1<sup>ste</sup> dag menstruatie tot volgende 1<sup>ste</sup> dag van de menstruatie) ..... dagen

Duur menstruatie ..... dagen

5. Indien onregelmatig, graag toelichten:.....
6. Is uw menstruatie pijnlijk?

Zo ja, wat doet u hier aan?

niets/ medicatie/ werkverzuim/ anders te weten\*:.....

### **Anticonceptie**

7. Hebt u anticonceptie gebruikt?

Welke vorm van anticonceptie was dit?

Pil/ spiraaltje/ prikpil/condooms/ anders te weten\*: .....

8. Wanneer bent u met anticonceptie gestopt? maand ..... jaar .....
9. Is uw menstruatiepatroon regelmatig sinds het stoppen met de anticonceptie?  
Indien onregelmatig, graag toelichten:.....

.....

10. Indien u ooit zwanger bent geweest. (zo niet, ga door met vraag 20)  
Was uw menstruatiecyclus na de laatste zwangerschap regelmatig?  
Indien onregelmatig, graag toelichten:.....

.....

11. Bent u na de laatste zwangerschap met anticonceptie begonnen?
12. Welke vorm van anticonceptie was dit?:  
Pil/ spiraaltje/ prikpil/ condooms/ anders te weten\*:.....
13. Wanneer bent u met anticonceptie gestopt? maand .....
14. Waarom bent u toen met anticonceptie gestopt?:  
kinderwens/ klachten/ anders te weten\*:.....
15. Is uw menstruatiepatroon regelmatig sinds het stoppen met de anticonceptie?  
Indien onregelmatig, graag toelichten:.....

.....

### **Vruchtbaarheidsstoornis**

16. Bent u al eens eerder op een polikliniek voor vruchtbaarheidsproblemen geweest?

17. Zo ja, was dit met uw huidige partner?

18. Zo ja, welke onderzoeken zijn er verricht?

- Sperma onderzoek
- Baarmoederfoto/HSG
- Kijkoperatie/ laparoscopie
- Samenlevingstest
- Basale temperatuurcurve

Omcirkel uw antwoorden

19. Zo ja, wat was het probleem van de vruchtbaarheidsstoornis?

- Probleem bij mij
- Probleem bij mijn partner
- Combinatie van mij en mijn partner onbekend

20. Welke behandeling heeft er plaatsgevonden?

- Geen
- Hormoonbehandeling
- IUI (intra-uteriene inseminatie)
- IVF/ ICSI
- KID (kunstmatige inseminatie donor)

21. In welk ziekenhuis hebben deze onderzoeken en/of behandelingen plaatsgevonden en bij welke arts:

.....

22. Heeft u negatieve seksuele ervaringen?

Indien ja, evt. toelichting.....

23. Hoe vaak hebben jullie gemiddeld per week/maand geslachtsgemeenschap? ..... keer per week/ maand

24. Richt u zich daarbij op de eisprong (ovulatie) ?

25. Gebruikt u Foliumzuur ter voorbereiding op uw zwangerschap?

### **Medische gegevens**

26. Had of heeft u een van de volgende aandoeningen?

- Astma
- Regelmatig blaasontstekingen
- Longziekten
- Hart en vaatziekten
- Trombose
- (Long) Embolie
  
- Darmziekten
- Diabetes mellitus (suikerziekte)
- Leverlijden
- Nierlijden
- Tuberculose
- Chlamydia
- Gonorrhoe
- Eileiderontsteking
- Syfilis
- HIV
- Psychiatrische aandoening

- Overige aandoeningen, namelijk:.....

27. Bent u onder behandeling van een medisch specialist (geweest)?

- Zo ja, vul de onderstaande tabel in:

Specialist	Reden behandeling	Behandelperiode

28. Gebruikt u medicijnen? Zo ja, vul de onderstaande tabel in.

Naam medicijn + dosering	Reden

29. Heeft u één of meer van de volgende operaties gehad?

Operatie	Ja/nee*	Reden	Leeftijd	Ziekenhuis
Sterilisatie				
Herstel na sterilisatie				
Operatie aan eileiders				
Operatie aan eierstokken				
Operatie baarmoeder				
Operatie baarmoedermond				

Operatie	Reden	Leeftijd	Ziekenhuis

30. Heeft u ooit chemotherapie en/of radiotherapie gehad?

31. Werkt u regelmatig met chemische stoffen? Zo ja, welke.....

32. Rookt u?

Zo ja, hoeveel rookt u of heeft u gerookt? (per dag)

Hoeveel jaar rookt u, of heeft u gerookt?

33. Drinkt u alcohol?

Zo ja, hoeveel glazen drinkt u per week (gemiddeld)?

34. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Zo ja, welke drugs?

- Cannabis / marihuana
- Cocaïne  
XTC
- Heroïne  
anders, namelijk:.....

Indien u drugs gebruikt, hoe vaak?

- Sporadisch
- Wekelijks
- Dagelijks

**Familie gegevens**

35. . Komen er in uw familie *vruchtbaarheidsproblemen* voor?

Zo ja, graag toelichten:.....

36. Komen er in uw familie *aangeboren afwijkingen* voor?

Zo ja, graag toelichten:.....

37. Komen er in uw familie *erfelijke aandoeningen* voor

Zo ja, graag toelichten:.....