

Oriënterend Fertiliteit Onderzoek Vragenlijst vrouw

## Persoonsgegevens

Naam: .....

Geboortedatum:.....

Lengte:..... cm

Gewicht:..... kg

## Vragen over uw vruchtbaarheid

1. Sinds wanneer probeert u met uw huidige partner kinderen te krijgen? maand..... jaar.....
2. Hoe lang heeft u een relatie met uw huidige partner? ..... jaar
3. Bent u ooit eerder zwanger geweest? (zo niet, ga door met vraag 4) O ja O nee

Indien u ooit eerder zwanger geweest bent vul dan onderstaande tabel in (verleden naar heden)\*:

| Jaar | Spontaan zwanger?<br>ja/nee:....<br>(bv:KID, IUI, IVF) | In deze of in een eerdere relatie | Bevalling door gynaecoloog/verloskundige/nvt | Bevalling: vaginaal/keizersnede/nvt | Uitkomst zwangerschap (bv: miskraam, abortus, buitenbaarmoederlijke zw., vroeggeboorte(bij...weken), kind overleden, gezond kind) |
|------|--|-----------------------------------|--|-------------------------------------|---|
|      | ja/nee:....  | deze/eerder                       | gyn/verlos/nvt                               | vagin/keizer/nvt                    |   |
|      | ja/nee:....  | deze/eerder                       | gyn/verlos/nvt                               | vagin/keizer/nvt                    |   |
|      | ja/nee:....  | deze/eerder                       | gyn/verlos/nvt                               | vagin/keizer/nvt                    |   |
|      | ja/nee:....  | deze/eerder                       | gyn/verlos/nvt                               | vagin/keizer/nvt                    |   |
|      | ja/nee:....  | deze/eerder                       | gyn/verlos/nvt                               | vagin/keizer/nvt                    |   |
|      | ja/nee:....  | deze/eerder                       | gyn/verlos/nvt                               | vagin/keizer/nvt                    |   |

(\* doorhalen wat niet van toepassing is)

4. Op welke leeftijd was u voor het eerst ongesteld? ..... jaar
5. Was uw menstruatiecyclus daarna regelmatig? O ja O nee
6. Indien onregelmatig, graag toelichten: .....
7. Indien regelmatig:
  - a. Duur van de cyclus (van 1<sup>ste</sup> dag menstruatie tot volgende 1<sup>ste</sup> dag van de menstruatie) ..... dagen
  - b. Duur menstruatie ..... dagen
8. Hoe oud was u toen u met anticonceptie begon? ..... jaar



- Acné O ja O nee
- Tepeluitvloed O ja O nee
- Gewichtsschommelingen ( $\pm 10$  kg) O ja O nee
21. Bent u al eens eerder op een polikliniek voor vruchtbaarheidsproblemen geweest? O ja O nee
- a. Zo ja, was dit met uw huidige partner? O ja O nee
- b. Zo ja, welke onderzoeken zijn er verricht?
- sperma onderzoek
  - baarmoederfoto/HSG
  - kijkoperatie
  - samenlevingstest
  - basale temperatuurcurve
- c. Zo ja, wat was het probleem van de vruchtbaarheidsstoornis?
- probleem bij mij
  - probleem bij mijn partner
  - combinatie van mij en mijn partner
  - onbekend
- d. Welke behandeling heeft er plaatsgevonden?
- geen
  - hormoonbehandeling
  - IUI (intra-uteriene inseminatie)
  - IVF/ ICSI
  - KID (kunstmatige inseminatie donor)
- e. In welk ziekenhuis hebben deze onderzoeken en/of behandelingen plaatsgevonden en bij welke arts: .....
- .....
22. Heeft u negatieve seksuele ervaringen? O ja O nee
- Indien ja, evt. toelichting.....
23. Hoe vaak hebben jullie gemiddeld per week/maand geslachts gemeenschap? O ja O nee
- ..... keer per week/ maand
- Richt u zich daarbij op de eisprong (ovulatie) ? O ja O nee
24. Gebruikt u Foliumzuur ter voorbereiding op uw zwangerschap? O ja O nee

### Medische gegevens

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

ja      nee

- |                                      |                          |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| astma                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| regelmatig blaasontstekingen         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| longziekten                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| hart en vaatziekten                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| trombose                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (long) embolie                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ziekte van Raynaud                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| darmziekten                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| diabetes mellitus (suikerziekte)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| leverlijden                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nierlijden                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| tuberculose                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| chlamydia                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gonorroe                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| eileiderontsteking                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| syfilis                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| psychiatrische aandoening            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| overige aandoeningen, namelijk:..... |                          |                          |

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

O ja      O nee

- Zo ja, vul de onderstaande tabel in:

| naam + ziekenhuis | specialisme<br>(bijv. cardiologie) | reden behandeling | behandelperiode |
|-------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------|
|                   |                                    |                   |                 |
|                   |                                    |                   |                 |
|                   |                                    |                   |                 |

27. Gebruikt u medicijnen?

O ja      O nee

- Zo ja, vul de onderstaande tabel in.

| naam medicijn + dosering | Reden | start datum |
|--------------------------|-------|-------------|
|                          |       |             |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

O ja O nee

- Zo ja, vul de onderstaande tabel in.

| operatie                 | ja/nee* | reden | leeftijd | ziekenhuis |
|--------------------------|---------|-------|----------|------------|
| Sterilisatie             | ja/nee  |       |          |            |
| Herstel na sterilisatie  | ja/nee  |       |          |            |
| Operatie aan eileiders   | ja/nee  |       |          |            |
| Operatie aan eierstokken | ja/nee  |       |          |            |
| Operatie baarmoeder      | ja/nee  |       |          |            |
| Operatie baarmoedermond  | ja/nee  |       |          |            |

(\* doorhalen wat niet van toepassing is)

29. Heeft u nog andere operaties ondergaan?

O ja O nee

- Zo ja, vul de onderstaande tabel in.

| operatie | reden | leeftijd | ziekenhuis |
|----------|-------|----------|------------|
|          |       |          |            |
|          |       |          |            |
|          |       |          |            |
|          |       |          |            |

30. Bent u allergisch voor één van de volgende dingen?(meerdere antwoorden mogelijk)

ja nee

bruine pleisters

jodium

latex

antibiotica, namelijk:.....

anders, namelijk:.....

31. Heeft u ooit chemotherapie gehad?

O ja O nee

32. Heeft u ooit radiotherapie gehad?

O ja O nee

33. Heeft uw moeder in het verleden DES gebruikt?

O onbekend O ja O nee

34. Draagt u een film badge op uw werk (i.v.m. straling)?

O ja O nee

35. Werkt u regelmatig met chemische stoffen? O ja O nee  
Zo ja, met welke stoffen.....

36. Rookt u? O gestopt O ja O nee  
Zo ja, hoeveel rookt u of heeft u gerookt? (per dag) ..... sigaretten  
Hoeveel jaar rookt u, of heeft u gerookt? ..... jaar

37. Drinkt u alcohol? O gestopt O ja O nee  
Zo ja, hoeveel glazen drinkt u per week (gemiddeld)? ..... glazen

38. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? O gestopt O ja O nee  
Zo ja, welke drugs?  
cannabis / marihuana O ja O nee  
cocaïne O ja O nee  
XTC O ja O nee  
Heroïne O ja O nee  
anders, namelijk:..... O ja O nee

Indien u drugs gebruikt, hoe vaak?

sporadisch   
wekelijks   
dagelijks

### Opleiding en beroep

39. Wat is de hoogste opleiding die u met een diploma heeft afgesloten?

lager onderwijs (basisonderwijs)   
voorbereidend beroepsonderwijs (LTS, etc.)   
middelbaar algemeen onderwijs (MULO, MAVO, etc.)   
middelbaar beroepsonderwijs (MEAO, MTS, etc.)   
voortgezet algemeen onderwijs (MMS, VWO, etc.)   
hoger beroepsonderwijs (HTS, HEAO, etc.)   
wetenschappelijk onderwijs (doctoraalexamen, etc.)   
anders, namelijk:.....

40. Wat is uw huidige werksituatie?

ik ben in loondienst   
ik ben zelfstandig ondernemer

- ik ben werkloos (geregistreerd bij arbeidsbureau)
- ik ben arbeidsongeschikt (WAO, etc.)
- ik ben scholier / student
- ik ben huisvrouw
- anders, namelijk:.....

41. Wat is uw huidige functie/beroep?.....

42. Hoeveel uur per week werkt u? .....uur

**Familie gegevens**

43. Komen er in uw familie *vruchtbaarheidsproblemen* voor? O onbekend   O ja   O nee
- Zo ja, graag toelichten:.....
  - .....
44. Komen er in uw familie *aangeboren afwijkingen* voor? O onbekend   O ja   O nee
- Zo ja, graag toelichten:.....
  - .....
45. Komen er in uw familie *erfelijke aandoeningen* voor? O onbekend   O ja   O nee
- Zo ja, graag toelichten:.....
  - .....
46. Zijn er in uw familie *draggers* van erfelijke aandoeningen? O onbekend   O ja   O nee
- Zo ja, graag toelichten:.....
  - .....

-einde vragenlijst-