



INVULFORMULIER MAN

INVUL-M-N

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Datum van invullen ▶ / /

Naam ▶

Naam van uw partner ▶

Duur van uw huidige relatie ▶

Adres ▶

Geboortedatum ▶ Geboortedatum partner ▶

Tel. overdag ▶ Tel. 's avonds ▶

GSM ▶ e-mail ▶

Huidig beroep ▶

GEGEVENS ARTS

Geen verwijzende arts

Huisarts

Naam ▶

Adres ▶

Tel. ▶

Fax ▶

Instelling ▶

Uroloog/gynaecoloog

Naam ▶

Adres ▶

Tel. ▶

Fax ▶

Instelling ▶

MEDISCHE GEGEVENS

Gewicht ▶ Lengte ▶

Bloedgroep ▶

Bent u tijdens het voorbije jaar meer dan 10 kg gewicht verloren?

Nee Ja

Bent u tijdens uw militaire opleiding of beroep ooit blootgesteld geweest aan:

warmte chemische producten

giftige dampen radioactieve straling

andere (preciseer) ▶

Volgt u een speciaal dieet of heeft u speciale eetgewoonten?

Nee

Ja (zo ja, welke?) ▶

Oefent u geregeld een sport uit?

Nee

Ja (zo ja, welke?) ▶

hoeveel uur per week? ▶

Gaat u geregeld naar de sauna, neemt u geregeld een stoombad of een heet bubbelbad (jacuzzi)?

Nee Ja

Heeft u ooit een operatie ondergaan in de onderbuik, liesregio of aan de geslachtsdelen?

Nee

Ja (preciseer welke en wanneer) ▶



INVULFORMULIER MAN

Lijdt u of heeft u ooit geleden aan:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> acuut reuma | <input type="radio"/> kleurenblindheid |
| <input type="radio"/> allergieën | <input type="radio"/> leverprobleem |
| <input type="radio"/> anemie | <input type="radio"/> longontsteking |
| <input type="radio"/> appendicitis | <input type="radio"/> maagzweren |
| <input type="radio"/> artritis | <input type="radio"/> mazelen |
| <input type="radio"/> bloedtransfusie | <input type="radio"/> neurologische problemen |
| <input type="radio"/> bof met pijnlijke balzak | <input type="radio"/> nierinfectie |
| <input type="radio"/> chlamydia-infectie | <input type="radio"/> ontsteking aan de prostaat |
| <input type="radio"/> chronische bronchitis | <input type="radio"/> ontsteking aan de zaadbal |
| <input type="radio"/> chronische hoofdpijn | <input type="radio"/> overmatige beharing |
| <input type="radio"/> chronische sinusitis | <input type="radio"/> parasitaire infectie |
| <input type="radio"/> colitis | <input type="radio"/> roodvonk |
| <input type="radio"/> diabetes | <input type="radio"/> schildklierprobleem |
| <input type="radio"/> duizeligheid | <input type="radio"/> stuipen |
| <input type="radio"/> epilepsie | <input type="radio"/> syfilis |
| <input type="radio"/> evenwichtsstoornissen | <input type="radio"/> taaislijmziekte |
| <input type="radio"/> galblaas problemen | <input type="radio"/> tepelverlies |
| <input type="radio"/> gevoelige borst | <input type="radio"/> trauma aan de zaadbal |
| <input type="radio"/> gonorrhoea | <input type="radio"/> tuberculose |
| <input type="radio"/> hartziekte | <input type="radio"/> tumor aan de zaadbal |
| <input type="radio"/> hepatitis | <input type="radio"/> urethritis |
| <input type="radio"/> herpes | <input type="radio"/> visuele afwijkingen |
| <input type="radio"/> hoge bloeddruk | |
| <input type="radio"/> andere (preciseer) ▶ | |

Heeft u ooit bestraling gehad t.h.v. de onderbuik of geslachtsdelen?

- Nee Ja

Bent u ooit behandeld geweest voor kanker?

- Nee
- Ja (gelieve te omschrijven welke en wanneer)
- ▶
-

Heeft u het voorbije jaar medicatie (op voorschrift) ingenomen?

- Nee
- Ja, (gelieve de medicatie op te sommen en de indicatie aan te geven) ▶
-
-

Heeft u het voorbije jaar medicatie (niet op voorschrift) ingenomen?

- Nee
- Ja, (gelieve de medicatie op te sommen en de indicatie aan te geven) ▶
-
-

Heeft u de laatste 3 à 4 maand koorts gehad (hoger dan 38°C)?

- Nee Ja

Gebruikt u, of heeft u ooit het volgende gebruikt?

- Alcohol (zo ja, hoeveel glazen per dag?)
- ▶
- Tabak (zo ja, hoeveel sigaretten of sigaren per dag)
- ▶
- Drugs (zo ja, wat en in welke mate?)
- ▶

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

Waren beide zaadballen in de balzak afgezak als kind?

- Nee Ja

Bent u ooit besneden?

- Nee Ja

Op welke leeftijd kreeg u baard of moest u zich geregeld scheren?

- ▶

Hoeveel keer bent u getrouwd geweest?

- ▶

Heeft u één of meerdere kinderen bij een andere partner?

- Nee
- Ja (zo ja, wat was de duur om te komen tot de zwangerschap?)
- ▶
-

Is er ook een probleem geweest om tot een zwangerschap te komen met een andere partner?

- Nee Ja

Heeft u problemen met het bekomen van een erectie?

- Nee Ja

Heeft u problemen met het behouden van een erectie?

- Nee Ja

Heeft u problemen met zaadlozing?

- Nee
- Ja
- prematuur (te snel)
- retrograde ('droge zaadlozing')



Heeft u het gevoel dat er inderdaad zaad in de vagina terecht komt bij betrekkingen?

- Nee Ja

Heeft u een orgasme bij masturbatie zonder dat er een zaadlozing optreedt?

- Nee Ja

Heeft u vochtverlies uit de penis buiten de zaadlozing om?

- Nee Ja

Hoeveel keer per week hebben jullie seksuele betrekkingen?

.....

Hoeveel keer hebben jullie seksuele betrekkingen rond de ovulatie (ongeveer halweg de menstruatiecyclus van uw partner)?

.....

Heeft u de laatste tijd een verandering gemerkt in uw libido?

- Nee Ja

FAMILIALE VOORGESCHIEDENIS

Zijn er in uw familie fertiliteitsproblemen?

- Nee
 Ja (zo ja, welk familielid)

.....

Zijn er in uw familie mensen met hormonale of aangeboren afwijkingen?

- Nee
 Ja (zo ja, welk familielid)

.....

Zijn er in de familie

- kinderen geboren met afwijkingen
- gekende erfelijke aandoeningen
- mannen of vrouwen met oncologische problemen (kanker)

- Nee
 Ja (zo ja, welke en bij wie?)

.....

GEGEVENS I.V.M. DE FERTILITEITSBEHANDELINGEN

Hoe lang proberen u en uw partner zwanger te worden?

(maand/jaar) ▶

Bent u ooit behandeld geweest voor verminderde vruchtbaarheid?

- Nee
 Ja (zo ja, wanneer en wie was uw arts?)

.....

Welke oorzaak werd vastgesteld voor uw verminderde vruchtbaarheid?

.....

Welke van de volgende tests heeft u al ondergaan, indien mogelijk met welk resultaat?

Test	Jaar	Resultaat
<input type="radio"/> zaadanalyse
<input type="radio"/> chlamydiatest
<input type="radio"/> mycoplasmatest
<input type="radio"/> antilichamentest
<input type="radio"/> chromosomale test (karyotype)
<input type="radio"/> testiculaire biopsie
<input type="radio"/> testis echografie
<input type="radio"/> hormonale test (FSH, LH, prolactine, testosteron)
<input type="radio"/> schildkliertesten
<input type="radio"/> echografie prostaat
<input type="radio"/> andere (welke?)
.....
.....

Heeft u ooit een hersteloperatie aan een varicocoele (spatader aan de zaadbal) ondergaan?

- Nee
 Ja (zo ja, wanneer?) ▶

Heeft u ooit een vasectomie (sterilisatie) gehad?

- Nee
 Ja (zo ja, wanneer?) ▶



INVULFORMULIER MAN

Heeft uw partner al kinderen met een andere man?

- Nee
- Ja (zo ja, wanneer geboren?)
 ▶

Heeft uw partner al een arts geconsulteerd ter evaluatie van haar fertiliteit?

- Nee
- Ja (zo ja, welke arts?)
 ▶

Is er volgens die dokter een fertiliteitsprobleem bij uw partner?

- Nee
- Ja (zo ja, wat is de diagnose en is er een behandeling voorgesteld?)
 ▶

Welke medicatie heeft u al genomen?

- geen
- clomifeencitraat (Pergotime®, Clomid®)
- hMG (Humegon®, Menopur®)
- tamoxifen (Nolvadex®, Tamizan®)
- bromocriptine (Parlodel®)
- testosterone (Proviron®, Sustanon®, Testocaps®, Undestor®, Testim®, Androgel®)
- hCG (Pregnyl®, Choragon®)
- GnRH of LHRH (HRF®)
- FSH (Puregon®, Gonal-F®)
- andere (preciseer) ▶

Heeft u (als paar) al kunstmatige inseminaties ondergaan?

- Nee
- Ja (zo ja, met sperma van partner of donorsperma?)
 - sperma van partner
 - donorsperma
- Hoeveel cycli? ▶
- Wat was het resultaat (zwanger of niet)? ▶
-

Heeft u (als paar) ooit al een poging IVF of ICSI ondergaan?

- Nee
- Ja
 - Wanneer ▶
 -
 -
 - Waar ▶
 -
 -
 - Resultaat ▶
 -
 -

Welke eventuele andere behandelingen onderging u of u en uw partner i.v.m. dit vruchtbaarheidsprobleem?

- ▶
-
-

