

Ponsplaatje vrouw

Ponsplaatje partner

Geachte Mevrouw,

Kort geleden bent u zwanger geworden door middel van een geassisteerde voortplantingstechniek zoals bijvoorbeeld Intra- Uteriene Inseminatie (IUI), In Vitro fertilisatie (IVF) of Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie (ICSI). Wij zouden gaarne de afloop van de zwangerschap vernemen. Zoudt u voor ons de onderstaande vragen willen invullen, en de lijst naar ons terugsturen dan wel per e-mail terugzenden? Wij danken u bij voorbaat.

Het IVF team

DATUM :

dag	maand	jaar

DE ZWANGERSCHAP

Vlokkentest/ Vruchtwaterpunctie

1 Is er een vlokkentest of vruchtwaterpunctie verricht
Indien ja, op welke datum
en in welk ziekenhuis, door welke arts?:

ja	nee	dag	maand	jaar

Wat was de uitslag?:

Bijzonderheden

2. Hebt u vroegtijdige weeën gehad?
Indien ja, vanaf welke datum

ja	nee	dag	maand	jaar

3. Hebt u een hoge bloeddruk of
of 'zwangerschapsvergiftiging' gehad?
Indien ja, vanaf welke datum

--	--	--	--	--

Bent u opgenomen geweest in het ziekenhuis? Zo ja waarvoor, in welk ziekenhuis, door welke arts en hoeveel dagen ?:

Bent u behandeld met medicijnen? Zo ja welke?

DE BEVALLING

4 Wanneer heeft de bevalling plaatsgevonden?

dag	maand	jaar

5. Is de bevalling spontaan begonnen?

ja	nee

6. Is er ingeleid of 'bijgestimuleerd'

ja	nee

Wijze van bevallen: * **Vaginaal?**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien Ja: Spontaan

Verlostang

Vacuümextractie

Verdoving (bv pethidine):

Ruggeprik?:

Wijze van bevallen: * **Keizersnede?**

Waarom? _____

Verdoving: Algeheel of ruggeprik? _____

Ligging: (omcirkelen) Hoofdligging/ Stuitligging/ dwarsligging

Thuis of Ziekenhuis? (naam): _____

Kunt u hier de gegevens van uw kind(eren) invullen?

Naam? :	Termijn (w)	Geslacht (M/v)	Gewicht	Apgar score
_____	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Is het kind of de kinderen opgenomen op de kinderafdeling:

Ja	nee	dagen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Gaat u borstvoeding geven?

Ja	ne
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zij er aangeboren afwijkingen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Mogen wij de gegevens van zwangerschap en bevalling opvragen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hebt u nog andere opmerkingen?
