



## Vragenlijst endometriose Medisch Spectrum Twente

*Uw antwoorden gebruiken wij om uw klacht goed in beeld te krijgen en om onze kwaliteit van zorg te evalueren. Vragen die u niet wilt beantwoorden hoeft u niet te beantwoorden.*

*Indien er een antwoordenvolpette bij deze vragenlijst is meegestuurd, deze graag zsm retour sturen maar minimaal 1 week vóór uw telefonische afspraak met de verpleegkundige. Indien er geen antwoordenvolpette bij zit/afpraak bij de verpleegkundige, dan graag de ingevulde vragenlijst meenemen naar de afspraak.*

Persoonlijke gegevens

E-mail: .....

Beroep: .....

Hoogst genoten opleidingsniveau: .....

Bent u het afgelopen jaar in een buitenlands ziekenhuis opgenomen geweest?       nee  ja

Familie voorgeschiedenis

**Heeft u broers en/of zussen?**       nee       ja, ..... broers en/of ..... zussen

**Zijn er mensen in uw familie met:**      **Nee**      **Ja**      **Indien ja, graag toelichten:**

Trombose                  .....

Endometriose                  .....

Menopauze voor de leeftijd van 45 jaar                  .....

Medische voorgeschiedenis

Bent u in het verleden ooit behandeld door een medisch specialist (niet gynaecoloog?)

nee  ja

Indien ja, vermeld de naam van de ziekte en of u nog steeds onder controle staat voor een specialist hiervoor:

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

**Lijdt u aan een of meerdere van volgende aandoeningen?**

	<b>Nee</b>	<b>Ja</b>
Astma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronisch vermoeidheidssyndroom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eczeem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibromyalgie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ontsteking schildklier (ziekte van Hashimoto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migraine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multiple Sclerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reumatoïde artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scoliose (zijdellingse verkromming van de wervelkolom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere rugproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schildklierproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hartaandoeningen, indien ja: licht toe: .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ziekte van Crohn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colitis ulcerosa (ontstekingsziekte van de dikke darm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prikkelbare darmsyndroom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere:

.....

**Bent u allergisch voor medicatie (antibiotica, ...), latex of ontsmettingsmiddelen?**

nee  ja, .....

**Rookt u?**  nee  ja, ... sig/dag  
**Drinkt u alcohol?**  nee  ja, --- eenheden/ dag  
**Gebruikt u drugs?**  nee  ja, welke? .....  
**Wat is uw gewicht?** ..... kg  
**Wat is uw lengte?** ..... cm

Chirurgische voorgeschiedenis

**Bent u ooit geopereerd?**  nee  ja

Indien ja, vermeld het jaar en de naam van de ingreep:

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

Verloskundige voorgeschiedenis

**Heeft u ooit een vruchtbaarheidbehandeling gehad?**  nee  ja

**Probeert u op dit moment zwanger te worden?**  nee  ja

Indien u niet eerder zwanger bent geweest kunt u dit kopje verder overslaan.

Geef per zwangerschap aan in welk jaar dit was, hoelang het duurde om tot deze zwangerschap te komen en of er een infertiliteit behandeling nodig is geweest voor deze zwangerschap:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**Heeft u problemen gehad tijdens uw zwangerschap(en)?**  nee  ja

Indien ja, vermeld welke problemen en bij welke zwangerschap

.....  
.....

**Heeft u problemen gehad na de bevalling(en)?**  nee  ja

Indien ja, licht toe:

.....  
.....

Gynaecologische voorgeschiedenis

**Op welke leeftijd kreeg u de eerste keer uw menstruatie?** ..... jaar

**Is er ooit endometriose gediagnostiseerd?**  nee  ja

Indien ja, heeft u hier een ingreep voor ondergaan?  nee  ja

**Heeft u ooit gynaecologische problemen gehad?**  nee  ja

Indien ja, licht toe

.....  
.....

**Wanneer was uw eerste bezoek aan een arts i.v.m. huidige klachten?**

.....

**Bij welke artsen bent u al onder behandeling geweest voor deze klachten?**

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

**Welke onderzoeken zijn er al gedaan i.v.m. deze klachten?**

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

**Heeft u uitstrijkjes laten maken?**  nee  ja

**Mogen wij informatie opvragen bij artsen waar u onder  
Behandeling bent/ bent geweest?**  nee  ja

**Heeft 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:

.....  
.....

**Gebruikt u medicatie?**  nee  ja

Indien ja, welke medicatie en welke dosis:

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

**Heeft u in het verleden medicatie/hormonen gebruikt i.v.m. pijnklachten?**  nee  ja

Indien ja, welke medicatie en welke dosis:

.....  
.....

**Gebruikt u voor uw huidige klachten een dieet?**  nee  ja

**Bent u onder behandeling bij een diëtist(e)?**  nee  ja

**Bent u onder behandeling bij andere hulpverleners  
(denk hierbij aan alternatieve geneeswijzen/ fysiotherapie etc.)?**  nee  ja

Indien ja, vermeld bij welke hulpverlener en voor welk probleem

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

Cyclusinformatie

Wanneer was uw laatste menstruatie? ...../...../.....

Zijn uw menstruele periodes regelmatig?  nee  ja

Wat is de tijdsperiode (in dagen) van de ene bloeding tot de volgende?

Minimaal ..... dagen/ maximaal ..... dagen.

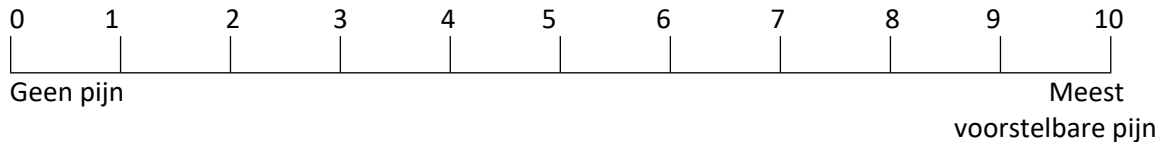
Hoelang duren uw menstruele bloedingen (= aantal dagen helderrood bloedverlies)? .....

Hoeveel bloedverlies heeft u bij uw menstruatie?  weinig  normaal  veel  zeer veel

Pijnscores

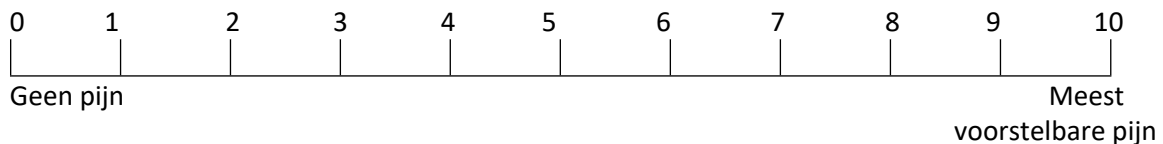
Heeft u tijdens uw menstruaties pijn in de baarmoeder/ onderbuik?  nee  ja

Hoe scoort u deze pijn op onderstaande meetlijn?



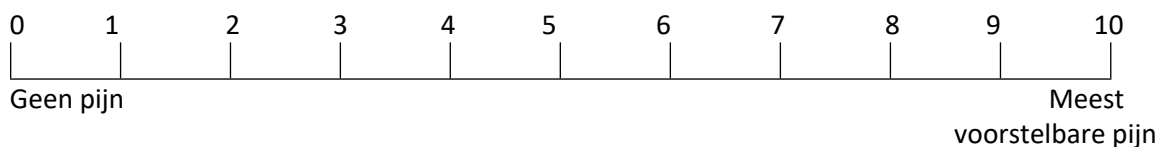
Heeft u pijn bij het vrijen (seks)?  nee  ja

Hoe scoort u deze pijn op onderstaande meetlijn?



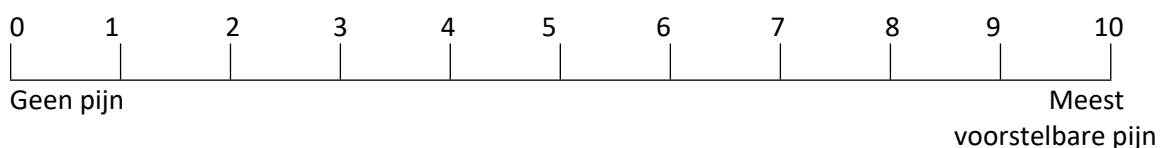
Heeft u pijn in de onderbuik buiten uw menstruatie?  nee  ja

Hoe scoort u deze pijn op onderstaande meetlijn?



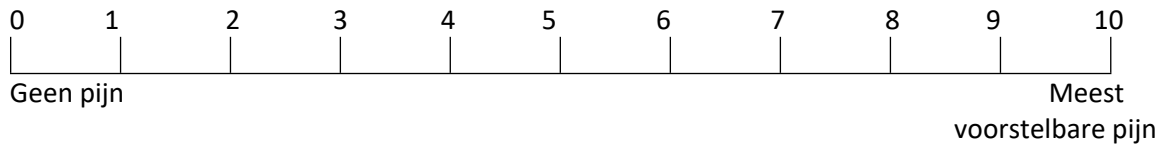
Heeft u pijnlijke stoelgang tijdens uw menstruaties?  nee  ja

Hoe scoort u deze pijn op onderstaande meetlijn?



Heeft u pijn bij het plassen tijdens uw menstruele bloedingen?  nee  ja

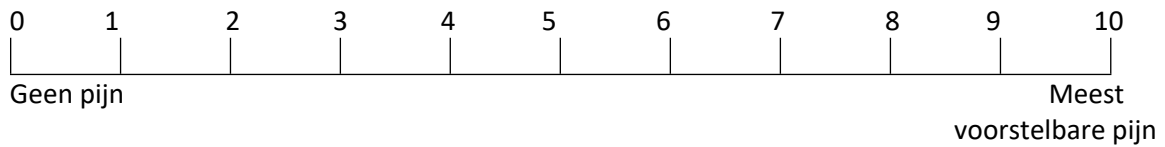
Hoe scoort u deze pijn op onderstaande meetlijn?



**Heeft u continu (bijna dagelijks en dus ook buiten de periode van de menstruatie) last van onderbuikspijn?**

O nee O ja

Hoe scoort u deze pijn op onderstaande meetlijn?



**Heeft u soms bloedverlies tussen uw menstruele bloedingen?**

O nee O ja

**Nemen de klachten toe in de loop van de tijd?**

O nee O ja

**Heeft u last van obstipatie?**

O nee O ja

**Heeft u last van diarree?**

O nee O ja

**Heeft u soms bloedverlies bij de ontlasting?**

O nee O ja

**Heeft u soms bloedverlies in de urine?**

O nee O ja

**Heeft u last van abnormale vaginale afscheiding?**

O nee O ja

**Heeft u last van jeuk vaginaal?**

O nee O ja

**Heeft u last van 'opvliegers' of nachtelijk zweten?**

O nee O ja

**Straalt de pijn uit naar schouders of benen?**

O nee O ja

**Bent u vermoeid?**

O nee O ja

**Heeft u andere klachten die mogelijk gerelateerd zijn?**

O nee O ja

Indien ja, licht toe:

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