

Vragenlijst Embé verloskundigen

Meisjesnaam: Voorletters: Roepnaam:
Geboortedatum:/...../..... Lengte:cm Gewicht voor de zwangerschap:kg
Woonadres: Postcode: Tel nr. thuis:
Mobiel nummer: 06-..... Huisarts: Beroep:
Komen u of uw (voor)ouders uit: Nederland Anders nl:.....
Bent u Hindoestaans: Nee Ja
Bent u: Gehuwd (gebruikt u: meisjesnaam / naam echtgenoot) Samenwonend LAT-relatie
 Alleenstaand

Zijn er in het gezin kinderen uit een vorige relatie:.....
Wat is uw hoogst genoten opleiding: Basis onderwijs Middelbaar onderwijs MBO 1 of 2 MBO 3 of 4
 HBO/Universiteit
Naam partner: Voorletters: Roepnaam:
Geboortedatum:/...../.....
Mobiel nummer: 06-..... Huisarts: Beroep:
Komen u of uw (voor)ouders uit: Nederland Anders nl:.....
Wat is uw hoogst genoten opleiding: Basis onderwijs Middelbaar onderwijs MBO 1 of 2 MBO 3 of 4
 HBO/Universiteit

De volgende vragen gaan over uw menstruatiecyclus

Laatste menstruatie(ELM): 1^e dag:/...../20..... ELM: Zeker Onzeker
Was u regelmatig ongesteld: (cyclus regelmatig +/- 28 dagen) Regelmatig: dgn Onregelmatig: tot dgn
Zwanger geworden tijdens: kinderwens pilgebruik IVF inseminatie anders namelijk:
Zwangerschapstest: 1^e positieve test op:/...../20..... Eerdere test negatief? Nee Ja:/...../20.....
Heeft u al een (termijn)echo gehad? Nee Ja, waar.....

De volgende vragen gaan over uw gezondheid

Heeft u ooit in het ziekenhuis gelegen?

Nee Ja, wegens:

Heeft u ooit een bloedtransfusie gehad?

Nee Ja, wanneer:/...../..... Waar:

Was u ooit of bent u momenteel onder behandeling van een specialist voor lichamelijke problemen?

Nee Ja, onder behandeling bij:

Was u ooit of bent u momenteel onder behandeling van een psychiater, psycholoog of maatschappelijk werker?

Nee Ja, onder behandeling bij:

Gebruikt u medicijnen? (neem uw actueel medicatie overzicht van de apotheek mee ook al gebruikt u geen medicatie)

Nee Ja, welke:

Gebruikt u foliumzuur en/of vitamine D?

Foliumzuur: Nee Ja Vitamine D: Nee Ja

Volgt u een bepaald dieet?

Nee Ja, welke:.....

Bent u ergens allergisch voor? (denk aan medicatie, pleisters etc.)

Nee Ja, zo ja waarvoor:

Zijn er in het onderstaande rijtje aandoeningen die (ooit) bij u van toepassing zijn (geweest)?

Bij 'ja' aankruisen wat van toepassing is! Meerdere keuzes zijn mogelijk.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Hartklachten | <input type="radio"/> Erfelijke vorm van bloedarmoede | <input type="radio"/> Geslachtsziekte |
| <input type="radio"/> Trombose | <input type="radio"/> Darmproblemen | <input type="radio"/> Regelmatig vaginale ontstekingen |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Schildklierproblemen | <input type="radio"/> Regelmatig blaasontstekingen |
| <input type="radio"/> Hoge bloeddruk | <input type="radio"/> Rug-/bekkenklachten | <input type="radio"/> Koortslip |
| <input type="radio"/> Suikerziekte | <input type="radio"/> Cara (Astma/bronchitis) | <input type="radio"/> Hyperventilatie/angstaanvallen |
| <input type="radio"/> Gal- en/of nierstenen | <input type="radio"/> Spataderen | <input type="radio"/> Eetstoornis |
| <input type="radio"/> Anders nl:..... | | <input type="radio"/> Tandvleesontstekingen |

Beantwoord de volgende vragen door ja/nee aan te kruisen?

- Heeft u principiële bezwaren tegen het krijgen van een bloedtransfusie? Nee Ja
 - Heeft u weleens een negatieve seksuele ervaring gehad? Nee Ja
 - Verwacht u problemen/spanningen bij inwendig onderzoek? Nee Ja
 - Heeft u ooit een uitstrijkje laten maken? Nee Ja
- Zo ja: Afwijkingen gevonden? Nee Ja

Rookt u of heeft u gerookt?

Nee Nee, laatste 3 maanden niet gerookt Ja, sig/dag Ja, maar gestopt op:/...../.....

Wel eens gedacht over stoppen: Nee Ja Zwangerschap een reden op te stoppen? Nee Ja

Rookt uw partner: Nee Ja Uw zwangerschap een reden voor hem om te stoppen? Nee Ja

Wordt er in huis gerookt? Nee Ja

Gebruikt u alcohol?

Nee Ja maar sinds de zwangerschap gestopt Ja, aantal glazen/ dag /week

Heeft u in de afgelopen 12 maanden drugs gebruikt?

Nee Ja, wanneer/...../20..... welke drugs: nu gestopt? Nee Ja

Bent u ooit in contact geweest met de Raad voor de Kinderbescherming, Bureau Jeugdzorg of reclassering?

Nee Ja, bij wie: wanneer:/...../.....

De volgende vragen gaan over familie

Is uw partner goed gezond? Ja Nee,

- | | | |
|---|--|--|
| Zijn er in uw eigen familie(van de zwangere) personen met? | | Komen er complicaties voor bij uw moeder en/of zus(sen) (van de zwangere) bij de zwangerschap, bevalling of het kraambed? |
| Suikerziekte | <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja | |
| Stollingsproblemen | <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja | |
| Trombose/embolieën | <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee |
| Hoge bloeddruk | <input type="radio"/> Nee <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Ja; namelijk: |

Zijn er in een van beide families personen met? (zowel u als uw partner)

Één of meer kind(eren) met ernstige lichamelijke afwijking(en)?

Nee Hartafwijkingen Nierafwijkingen Klompvoetjes Open gehemelte Taaislijmziekte

Anders nl: Zo ja bij wie:

Één of meer kind(eren) met ernstige geestelijke afwijking(en)?

Nee Ernstig verstandelijk beperkt Neurologische afwijkingen Anders nl:

Zo ja bij wie:

Één of meer kind(eren) met chromosomale afwijking(en)?

Nee Syndroom van Down Syndroom van Turner Anders nl:

Zo ja bij wie:

Pasgeboren babies met afwijkingen aan de heupen?

Nee Ja, bij wie:

De volgende vragen gaan over uw eventuele vorige zwangerschappen

Is dit uw eerste zwangerschap?

Nee Ja

Heeft u eerder een miskraam/buitenbaarmoederlijke zwangerschap gehad?

Nee Ja

Heeft u eerder een abortus gehad?

Nee Ja

Wilt u het volgende schema invullen over uw zwangerschappen? (incl. miskraam/abortus/buitenbaarmoederlijke zwangerschap)

(Geboorte)datum	j/m	Naam:	Waar:	Aantal weken	Geboortegewicht	Weeën uren	Persen minuten	Hechtingen	Bloedverlies
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

Dit schema gaat over uw eerdere zwangerschappen, graag invullen indien u eerder bevallen bent.

Indien ja zou u willen aangeven bij welke zwangerschap(zws) dit was?

Zwangerschappen	ja	nee	Zws no
Heeft u in uw zwangerschap(pen) twee of meer keren een blaasontsteking gehad?			
Zijn er in uw zwangerschap(pen) complicaties geweest waarvoor u bent verwezen naar de gynaecoloog?			
Bent u tijdens uw zwangerschap(pen) opgenomen geweest?			
Bevallingen			
Bent u bij uw bevalling(en) begeleid door de gynaecoloog/verloskundige van het ziekenhuis?			
Is (zijn) uw bevalling(en) ingeleid?			
Heeft u bij uw bevalling(en) pijnstilling gehad?			
Heeft u bij uw bevalling(en) een vacuümpomp, tang of keizersnede gehad?			
Heeft één van uw kinderen in het vruchtwater gepoept tijdens de bevalling?			
Zijn alle kinderen met een goede start ter wereld gekomen?			
Is één van uw kinderen direct na de geboorte opgenomen geweest?			
Bent u na uw bevalling(en) naar de operatiekamer gebracht? (voor bijvoorbeeld hechten of verwijderen van de moederkoek)			
Kraamtijd			
Bent u ziek geweest in de 1 ^e week na uw bevalling(en)?			
Heeft u medicijnen voorgeschreven gekregen in de 1 ^e week na uw bevalling(en)?			
Heeft u in de periode na uw bevalling psychische problemen gekregen?			
Is één van uw kinderen in de 1 ^e week na de geboorte opgenomen geweest in het ziekenhuis?			
Is bij één van uw kinderen in de 1 ^e week bloed geprikt omdat uw baby geel was?			
Zijn er in de 1 ^e week van uw bevalling(en) problemen geweest met de voeding? (borst/fles)			
Zijn al uw kinderen zowel geestelijk als lichamelijk gezond?			

Neem deze ingevulde vragenlijst mee naar uw eerste afspraak. Deze zal met uw besproken worden.