

## VRAGENLIJST TER VOORBEREIDING PRENATALE SCREENING & DIAGNOSTIEK

Voorletter(s):		Meisjes achternaam:	
Roepnaam:		Geboortedatum:	
Burgerlijke staat:		Gebruikt u de naam van uw partner:	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEE
Geboorteland:		Nationaliteit:	
Beroep:			

### Gegevens vader van de baby

Voorletter(s):	
Achternaam:	
Geboortedatum:	

### Aanvullende gegevens

Adres:			
Postcode:		Woonplaats:	
Telefoonnummer vast:		Naam huisarts:	
Telefoonnummer mob:		Tel. Huisarts:	
		Burger Service Nummer	
Verzekeraar:		Verzekeringsnummer:	
Restitutie polis	JA / NEE	Natura polis:	JA / NEE
Heeft u eerder een afspraak gehad op polikliniek Verloskunde WKZ <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee			
Heeft u eerder een afspraak gehad op één van de andere poliklinieken van het UMC Utrecht <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee			

Hoe lang bent u?	cm	
Hoeveel kilo (kg) weegt u?	kg	
Wat is uw bloedgroep (als u dat weet)?		
Hebt u een tolk nodig voor uitleg in de eigen taal?	<input type="radio"/> nee	<input type="radio"/> ja , een .....sprekende tolk
Wat is de hoogste opleiding die u heeft gedaan?		
Hebt u deze opleiding afgemaakt?	<input type="radio"/> nee	<input type="radio"/> ja
Wat is uw beroep?		

### I. Vragen met betrekking tot uw zwangerschap(pen)

1. Is dit uw eerste zwangerschap?  ja  nee\*  
 \*Zo nee, wilt u dan hieronder de gegevens van de voorgaande zwangerschappen vermelden?  
 \*Zo ja, u kunt verder met vraag 5

Datum bevalling: .....  
 Gezond kind:  ja  nee  
 Bijzonderheden:

Bevalling: vaginaal / keizersnede: .....

Datum bevalling: .....  
 Gezond kind:  ja  nee  
 Bijzonderheden:

Bevalling: vaginaal / keizersnede: .....

---

Datum bevalling: .....

Gezond kind:  ja  nee

Bijzonderheden:

Bevalling: vaginaal / keizersnede: .....

---

Datum bevalling: .....

Gezond kind:  ja  nee

Bijzonderheden:

Bevalling: vaginaal / keizersnede: .....

---

Datum bevalling: .....

Gezond kind:  ja  nee

Bijzonderheden:

Bevalling: vaginaal / keizersnede: .....

---

Datum bevalling: .....

Gezond kind:  ja  nee

Bijzonderheden:

Bevalling: vaginaal / keizersnede: .....

---

2. Hebt u wel eens een miskraam gehad?  ja  nee  
Als u wel eens een miskraam heeft gehad wanneer was dat dan?
- 

3. Hebt u wel eens een buitenbaarmoederlijke zwangerschap gehad?  ja  nee  
Als u wel eens een buitenbaarmoederlijke zwangerschap heeft gehad wanneer was dat dan?
- 

4. Hebt u één of meerdere zwangerschappen laten afbreken?  ja  nee  
Als u één of meerdere zwangerschappen hebt laten afbreken, waarom was dat dan?
- 

## II Vragen met betrekking tot uw huidige zwangerschap

5. Wat was de eerste dag van uw laatste menstruatie:
- 

Was die laatste menstruatie voor u normaal zoals u gewend was:

ja  nee, anders namelijk

---

Kwam die laatste menstruatie op tijd, zoals u verwachtte: Ja/Nee, anders namelijk:

---

6. Bent u regelmatig ongesteld?  ja, regelmatig  
 nee\*

Als u niet regelmatig ongesteld bent, hoeveel dagen zitten dan minimaal tussen twee menstruaties:

Minimaal \_\_\_\_\_ dagen

Maximaal \_\_\_\_\_ dagen

7. Hoeveel dagen verliepen er meestal tussen het begin van de ene en het begin van de daaropvolgende menstruatie (eventueel variatie ook vermelden): \_\_\_\_\_ dagen

8. Wanneer bent u gestopt met de (hormonale) anticonceptie bijvoorbeeld "de pil"?: dd-mm-jj \_\_\_\_\_

9. Is er een zwangerschapstest verricht?  ja\*  nee

\*Zo ja, wanneer: dd-mm-jj \_\_\_\_\_ en door wie: \_\_\_\_\_  
 Wat was het resultaat? POSITIEF/NEGATIEF

10. Is er een echo gemaakt om te kijken hoe lang u zwanger bent?  ja\*  nee

\*Zo ja, wanneer: dd-mm-jj \_\_\_\_\_ en door wie: \_\_\_\_\_  
 Wat was het resultaat? Wat was de kruin-romp lengte van uw baby (CRL) \_\_\_\_\_ cm  
 Met welke zwangerschapsduur kwam dat overeen? \_\_\_\_\_ weken \_\_\_\_\_ dagen

**Neem de echogegevens mee als u voor de combinatietest komt**

11. Hebt u bloedverlies gehad in deze zwangerschap?  ja\*  nee

Als u bloedverlies hebt gehad wanneer was dat dan?  
 \_\_\_\_\_

12. Bent u zwanger van een meerling?  ja\*  nee

\*Als u zwanger bent van een meerling is dat dan een \_\_\_\_\_ één-eiige / twee-eiige / niet bekend

13. Deze vraag hoeft u alleen in te vullen wanneer u door middel van IVF of ICSI bent zwanger geworden.

Bent u zwanger geworden door middel van IVF?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	
Bent u zwanger geworden door middel van ICSI?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	
Zijn er 1 of 2 embryo's teruggeplaatst?		
Was u zwanger van een tweeling?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	
Bent u nog steeds zwanger van een tweeling?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	
Bent u zwanger geworden na terugplaatsing van ingevroren embryo's?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee	
Bent u zwanger geworden met behulp van eiceldonatie?	<input type="radio"/> ja leeftijd van de donor: _____	<input type="radio"/> nee
Bent u zwanger geworden met KID?		

14. Bij wie bent u onder controle voor deze zwangerschap?

Wilt u achternaam en plaats vermelden?

- a. Huisarts, namelijk dr. ....
- b. Verloskundige, namelijk .....
- c. Gynaecoloog elders, namelijk dr. ....
- d. Gynaecoloog UMC, namelijk dr. ....
- e. Andere specialist elders, namelijk dr .....
- f. Andere specialist uit het UMC, namelijk dr. ....
- g. Anders .....

Geeft u toestemming om indien nodig inlichtingen op te vragen bij uw huisarts/verwijzend specialist e.a.?

- ja (U dient hiervoor een machtiging te tekenen)
- nee

### III Vragen met betrekking tot uw gezondheid

15. Hebt u foliumzuur geslikt?  ja\*  nee

\* Zo ja, vanaf wanneer?  
 \_\_\_\_\_  
 Wanneer bent u ermee gestopt?  
 \_\_\_\_\_

16. Gebruikt u op dit moment medicijnen?

Welke medicijnen gebruikt u?	
Waarvoor gebruikt u deze medicijnen?	
In welke dosering gebruikt u deze medicijnen?	

**Neem de medicijnen of het doosje mee naar uw afspraak**

17. Gebruikte u medicijnen kort voordat u zwanger werd of toen u net zwanger was?

Welke medicijnen gebruikte u?	
Waarvoor gebruikte u deze medicijnen?	
In welke dosering gebruikte u deze medicijnen?	

18. Rookt(e) u?  ja\*  nee  
\* Zo ja, hoeveel per dag?

\_\_\_\_\_

Wanneer bent u gestopt?

\_\_\_\_\_

3a. Gebruikt u alcoholische dranken, bijvoorbeeld bier of wijn? Zo ja, hoeveel glazen per dag? \_\_\_\_\_ glazen

19. Gebruik(te) u ooit drugs (heroïne, methadon, cocaïne, hasj of pillen)?  ja\*  nee  
\* Zo ja, welke en wanneer?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Bent u ergens allergisch voor (medicijnen, pleisters, of andere stoffen)?  ja\*  nee  
\* Zo ja, waarvoor bent u allergisch?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. Bent u gezond?  ja  nee\*  
\* Als u niet gezond bent:  
Welke aandoeningen heeft u? Bij welke specialist bent u onder behandeling? (zie vraag 23)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22. Heeft u ooit één van de volgende ziektes gehad (aankruisen indien op u van toepassing)?

ziekte/aandoening	Ja/nee	bijzonderheden
suikerziekte	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
leverziekte (geelzucht)	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
hartziekten	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
longziekten	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
nierziekten	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
urine­weginfecties/blaa­sonsteking	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
trombose/stollingsstoornissen	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
spataderen	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
schildklierziekte	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
epilepsie	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
koortslip	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*

23. Bent u familie van de vader van dit kind? (bijvoorbeeld neef en nicht)  ja\*  nee  
 Als u familie bent wat is dan precies de familierelatie met de vader van dit kind?

---

#### IV Gezondheid van de vader van dit kind

24. Is de vader van dit kind gezond?  ja  nee\*

\* Als de vader van dit kind niet gezond is:

Welke aandoeningen heeft hij? Bij welke specialist is hij onder behandeling?

---

25. Rookt de vader van dit kind?  ja  nee

#### V Gezondheid van uw familie

26. Komen er in uw familie ziekten voor? zoals?

27. Komen er uw familie of in de familie van uw partner aangeboren afwijkingen voor zoals:

ziekte/aandoening	Ja/nee	bijzonderheden
Syndroom van Down of andere chromosoom-afwijkingen?	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
Aangeboren hartafwijkingen	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
Open rug	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
Open schedeldak	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
Kinderen met een handicap	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
Overleden kinderen	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*zo ja, aan welke ziekte/aandoening is het kind overleden?
*zo ja, aan welke ziekte/aandoening is het kind overleden?		
Overige aandoeningen	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*

28. Komen er in uw familie of trombose of embolie voor?  ja\*  nee

\* Zo ja, welke en bij wie:

---



---

29. Zijn er in uw familie vrouwen (zus, moeder, tante, nichten) die meerdere miskramen hebben gehad?  ja  nee

## VI Prenatale screening en prenatale diagnostiek

*De vragen in dit gedeelte gaan over de mogelijkheden voor prenatale screening en prenatale diagnostiek. En wat u daar van vindt.*

30. Hebt u informatie gekregen over prenatale screening?  ja  nee
31. Weet u welke vervolgonderzoeken u kunt laten doen als de uitslag van de prenatale screening niet goed is?  ja  nee
32. Hebt u voldoende informatie op de website of in de folder gevonden?  
Wilt u nog extra informatie over de mogelijkheden van Prenatale screening in een persoonlijk gesprek?  ja  nee  
 ja  nee  
 ja  nee
33. Wilt u nog extra informatie van de erfelijkheidsdeskundige over eventuele ziekten bij uzelf, in uw familie, bij de vader van dit kind of in zijn familie?  ja  nee
34. Weet u al of u prenatale screening/prenataal onderzoek wilt laten doen? Als u dat al weet, wat voor onderzoek wilt u laten doen?  ja\*  nee

Type onderzoek	keus	Kunt u aangeven waarom u kiest voor dit onderzoek?
Combinatietest	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
Vlokkentest	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
Vruchtwaterpunctie	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*
Ander onderzoek, namelijk:	<input type="radio"/> ja* <input type="radio"/> nee	*

35. Hebt u voldoende informatie gekregen over deze onderzoeken? ja/nee

36. Als u nog niet weet of u prenatale screening of prenatale diagnostiek wilt laten doen, waarom is dat dan?

Ik wil graag nog meer informatie over ...

---

Wij laten de natuur zijn gang gaan en kiezen ervoor om niet te weten.

37. Stel dat we tijdens deze zwangerschap ontdekken dat uw kindje het Syndroom van Down heeft. Of een andere ernstige afwijking. Wilt u dan de zwangerschap af laten breken?  ja\*  nee  
 weet niet

Kunt u uw antwoord toelichten?

---

## VII. Algemeen

Als u deelneemt aan bloedonderzoek, worden uw medische persoonsgegevens geregistreerd. Belangrijke medische gegevens rondom zwangerschap en geboorte worden zo verzameld en voor medisch-wetenschappelijk en statistisch onderzoek gebruikt. Dit onderzoek kan helpen om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Geeft u toestemming voor registratie van uw medische persoonsgegevens?  ja  nee

Als u besluit om geen toestemming te geven voor registratie, zal dit vanzelfsprekend geen enkele invloed hebben op uw behandeling. Uw gegevens zullen dan zo verwerkt worden dat ze niet tot uw persoon herleidbaar zijn. Op basis van de Wet bescherming persoonsgegevens kunt u de verantwoordelijke instantie achteraf altijd verzoeken om inzage in uw persoonsgegevens of verwijdering ervan.

**Neem als u dat heeft zoveel mogelijk informatie mee over:**

- uw medische voorgeschiedenis
- uw huidige medische toestand
- de medische voorgeschiedenis van de vader van dit kind

**Dit is vooral belangrijk als u al eens eerder bij een klinisch genetisch centrum bent geweest.**

**Vragen die u tijdens uw afspraak in het ziekenhuis wilt stellen:**

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
-