

Toelichting bij Vragenlijst vulva-poli

Geachte mevrouw,

Omdat u binnenkort de vulva-polikliniek van het [naam ziekenhuis] bezoekt, wordt u verzocht de vragenlijst die u heeft ontvangen zo volledig mogelijk in te vullen.

Een goed ingevulde vragenlijst scheelt u én de dokter tijd en daarnaast kan de op deze manier verkregen informatie belangrijk zijn bij het stellen van een juiste diagnose.

Het is noodzakelijk de vragen goed te lezen, inclusief alle mogelijke antwoorden, voordat u één of meer kruisjes plaatst. Een enkele maal wordt u gevraagd d.m.v. geschreven tekst te antwoorden, vooral als de optie 'anders' van toepassing is.

De vragenlijst zal tijdens het spreekuur doorgenomen worden.
Dank voor uw medewerking!

Vragenlijst vulva-poli

Naam behandelend(e) arts(en):

Datum:

Patientgegevens:

--

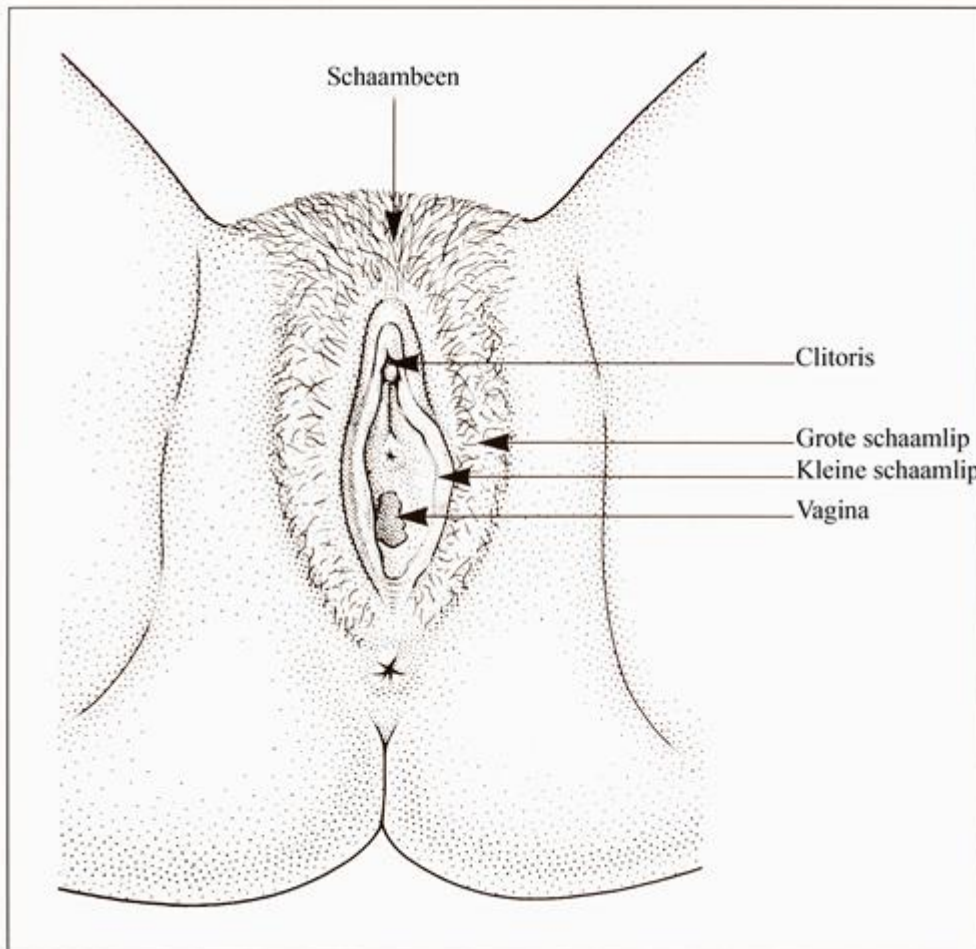
I. Algemeen		
1. Leeftijd:		___ jaar
2. Beroep:	geen	<input type="checkbox"/>
	studente	<input type="checkbox"/>
	scholiere	<input type="checkbox"/>
	huisvrouw	<input type="checkbox"/>
	anders, n.l.:	<input type="checkbox"/>
3. Verwijzend arts:	huisarts	<input type="checkbox"/>
	dermatoloog	<input type="checkbox"/>
	gynaecoloog	<input type="checkbox"/>
	seksuoloog	<input type="checkbox"/>
	eigen initiatief	<input type="checkbox"/>
	anders, n.l.:	<input type="checkbox"/>
4. Bent u bekend met bepaalde ziekten, aandoeningen of operaties in het verleden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	Zo ja, welke?	
5. Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	Zo ja, welke?	

6. Bent u allergisch voor medicijnen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> weet ik niet zeker
	Zo ja, welke?
7. Wat is uw lichaamslengte?	_____cm
8. Wat is uw lichaamsgewicht?	_____kg
9. Rookt u?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	Zo ja , hoeveel?

II. Hoofdklacht

1. Wat is uw klacht?	(meerdere antwoorden mogelijk)	
	jeuk ter plaatse van schaamlippen	<input type="checkbox"/>
	pijn ter plaatse van schaamlippen	<input type="checkbox"/>
	branderigheid ter plaatse van schaamlippen	<input type="checkbox"/>
	kloofjes	<input type="checkbox"/>
	(overvloedige) vaginale afscheiding	<input type="checkbox"/>
	pijn bij seksueel contact	<input type="checkbox"/>
	branderigheid bij plassen	<input type="checkbox"/>
	jeuk rond de anus	<input type="checkbox"/>
	obstipatie	<input type="checkbox"/>
	diarree	<input type="checkbox"/>
	aambeien	<input type="checkbox"/>
	wratjes	<input type="checkbox"/>
	zwellling	<input type="checkbox"/>
anders, n.l.:	<input type="checkbox"/>	
2. Wat is de meest hinderlijke klacht?		
3. Hoe lang heeft u hiervan al last? (1 mogelijkheid kiezen)	dagen	<input type="checkbox"/>
	weken	<input type="checkbox"/>
	maanden	<input type="checkbox"/>
	jaren	<input type="checkbox"/>

4. Wilt u zo vriendelijk zijn om op onderstaande tekening met een of meer kruisjes aan te geven waar uw klachten gelocaliseerd zijn?



5. Als u last heeft van jeuk ter plaatse van de schaamlippen en/of anus, hoe vaak treedt dit dan vooral op? (één mogelijkheid kiezen)

soms	<input type="checkbox"/>
regelmatig	<input type="checkbox"/>
vaak	<input type="checkbox"/>
continue	<input type="checkbox"/>
niet van toepassing	<input type="checkbox"/>

6a. Als u last heeft van pijn ter plaatse van de schaamlippen en/of anus, hoe vaak treedt dit dan vooral op? (één mogelijkheid kiezen)

soms	<input type="checkbox"/>
regelmatig	<input type="checkbox"/>
vaak	<input type="checkbox"/>
continue	<input type="checkbox"/>
niet van toepassing	<input type="checkbox"/>

6b. Als u last heeft van pijn ter plaatse van de schaamlippen en / of bij de ingang van de vagina, wanneer dan? (meerdere antwoorden mogelijk)	bij zitten		<input type="checkbox"/>
	bij liggen		<input type="checkbox"/>
	tijdens seksueel contact		<input type="checkbox"/>
	na seksueel contact		<input type="checkbox"/>
	bij plassen		<input type="checkbox"/>
	bij fietsen		<input type="checkbox"/>
	bij inbrengen tampons		<input type="checkbox"/>
	'zo maar' (geen speciale oorzaak)		<input type="checkbox"/>
	anders, n.l.:		<input type="checkbox"/>
	niet van toepassing		<input type="checkbox"/>
7a Als u last heeft van pijn ter plaatse van de schaamlippen en / of bij de ingang van de vagina, hoe zou u die dan willen omschrijven? (meerdere antwoorden mogelijk)	stekend		<input type="checkbox"/>
	bonkend		<input type="checkbox"/>
	branderig (als schaafwond)		<input type="checkbox"/>
	zeurend		<input type="checkbox"/>
	kloppend		<input type="checkbox"/>
	anders, n.l.:		<input type="checkbox"/>
7b. Als u last heeft van pijn ter plaatse van de schaamlippen en / of bij de ingang van de vagina, heeft u daarbij het gevoel dat de pijn uitstraalt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> weet ik niet (zeker)
	- als beantwoord met 'ja', waar naartoe? (meerdere antwoorden mogelijk)		
	naar de anus		<input type="checkbox"/>
naar binnenzijde bovenbenen		<input type="checkbox"/>	
naar de schaamheugel		<input type="checkbox"/>	
anders, n.l.:		<input type="checkbox"/>	
8. Als u last heeft van pijn bij seksueel contact, waar voelt u die dan vooral? (meerdere antwoorden mogelijk)	bij het binnenkomen van de penis (ingang vagina)		<input type="checkbox"/>
	in de vagina zelf		<input type="checkbox"/>
	dieper, in de buik		<input type="checkbox"/>
	anders, n.l.:		<input type="checkbox"/>

	niet van toepassing	<input type="checkbox"/>	
9. Als u last heeft van (overvloedige) vaginale afscheiding, waarvan heeft u dan met name hinder? (meerdere antwoorden mogelijk)	ik heb erg veel afscheiding en moet inlegkruisjes gebruiken	<input type="checkbox"/>	
	de afscheiding geeft hinder bij seks	<input type="checkbox"/>	
	de afscheiding veroorzaakt irritatie en jeuk	<input type="checkbox"/>	
	ik moet gebruik maken van vaginale spoelingen	<input type="checkbox"/>	
	de afscheiding stinkt	<input type="checkbox"/>	
	anders, n.l.:	<input type="checkbox"/>	
	niet van toepassing	<input type="checkbox"/>	
10. Als u last heeft van pijnlijkheid / branderigheid bij urineren, waar voelt u dit dan vooral? (1 mogelijkheid kiezen)	aan de buitenkant (vulva)	<input type="checkbox"/>	
	meer van binnen (in de onderbuik)	<input type="checkbox"/>	
	zowel aan de buitenkant als aan de binnenkant	<input type="checkbox"/>	
	anders, n.l.:		
	niet van toepassing	<input type="checkbox"/>	
11. Bent u voor uw klacht(en) ook door uw huisarts, gynaecoloog of dermatoloog behandeld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
zo ja, welke behandeling kreeg u en wat was het effect?			
behandeling	verbetering	geen effect	verslechtering
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik weet de naam/namen niet (meer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III Urinewegen/menstruatie

1. Heeft u regelmatig last van blaasontsteking?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> weet ik niet (zeker)
	als beantwoord met 'ja', hoe vaak in het laatste halfjaar?	—	
2. Heeft u last van incontinentie voor urine (ongewild urineverlies)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> twijfelachtig
3. Hangen uw klachten samen met de menstruele cyclus, in die zin dat ze op een bepaald moment van de cyclus erger of juist minder erg worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> weet ik niet (zeker)
- als beantwoord met 'ja', op welk(e) moment(en)? (meerdere antwoorden mogelijk)	klachten worden erger tijdens menstruatie	<input type="checkbox"/>	
	klachten worden erger in de week vóór menstruatie	<input type="checkbox"/>	
	klachten verminderen tijdens menstruatie	<input type="checkbox"/>	
	klachten verminderen in de week vóór menstruatie	<input type="checkbox"/>	
	klachten verdwijnen tijdens menstruatie	<input type="checkbox"/>	
	klachten verdwijnen in de week vóór menstruatie	<input type="checkbox"/>	
	anders, n.l.:	<input type="checkbox"/>	
	ik heb geen menstruatie(s) meer	<input type="checkbox"/>	
4. Bent u al door 'de overgang' heen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> weet ik niet (zeker)
	als beantwoord met 'ja', op welke leeftijd was u voor het laatst ongesteld?	—	

IV Partner/vrijen/anticonceptie/bevallingen		
1. Heeft u (een) seksuele partner(s)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	als beantwoord met 'ja', heeft u een mannelijke of vrouwelijke partner?	
	man	<input type="checkbox"/>
	vrouw	<input type="checkbox"/>
2. Hoe zou u uw libido ("zin in seks") willen beschrijven?	libido (zin) afwezig	<input type="checkbox"/>
	libido (zin) verminderd	<input type="checkbox"/>
	libido (zin) normaal	<input type="checkbox"/>
	libido (zin) vermeerderd	<input type="checkbox"/>
3. Bent u vochtig genoeg bij seksueel contact?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	<input type="checkbox"/> twijfelachtig	
4. Hoe vaak heeft u seksueel contact?	ik heb géén seks	<input type="checkbox"/>
	vaker dan 2 maal per week	<input type="checkbox"/>
	1-2 maal per week	<input type="checkbox"/>
	1-4 maal per maand	<input type="checkbox"/>
	minder dan 1 maal per maand	<input type="checkbox"/>
5. Heeft u ooit negatieve seksuele ervaringen gehad?	ik heb géén seks	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
6. Heeft uw (seksuele) partner klachten, in de zin van irritatie ter plaatse van de eikel tijdens/na seksueel contact?	<input type="checkbox"/> twijfelachtig	
	ja	<input type="checkbox"/>
	nee	<input type="checkbox"/>
	weet ik niet (zeker)	<input type="checkbox"/>
	ik heb geen seksueel contact met mijn partner	<input type="checkbox"/>
7. Gebruikt u een voorbehoedsmiddel (anticonceptie)?	ik heb geen partner	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	als beantwoord met 'ja', welk?	
	de pil	<input type="checkbox"/>
	spiraaltje	<input type="checkbox"/>
	prikpil	<input type="checkbox"/>

	condoom	<input type="checkbox"/>
	anders,	
	ik ben gesteriliseerd	<input type="checkbox"/>
	mijn partner is gesteriliseerd	<input type="checkbox"/>
8. Bent u ooit zwanger geweest?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	-als beantwoord met 'ja',	
	hoeveel zwangerschappen?	—
	hoeveel kinderen kreeg u?	—
8a Bent u bij de bevalling(-en) ingescheurd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
8b Werd er bij 1 of meer bevallingen een knip (episiotomie) gezet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
8c Heeft u 1 of meer sectio's (keizersneden) gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
9. Heeft u in het verleden (nog andere) gynaecologische ingrepen / operaties ondergaan?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	als beantwoord met 'ja', welke ? (meerdere antwoorden mogelijk)	
	curettage	<input type="checkbox"/>
	sterilisatie	<input type="checkbox"/>
	baarmoederverwijdering, door de vagina	<input type="checkbox"/>
	baarmoederverwijdering, door de buik	<input type="checkbox"/>
	kijkoperatie (laparoscopie)	<input type="checkbox"/>
	operatie voor verzakking	<input type="checkbox"/>
	anders, n.l.:	

V. Irritantia/allergenen/overig

1. Gebruikt u de volgende artikelen / producten in het vulvovaginale gebied? (meerdere antwoorden mogelijk)

	vaak	regelmatig	zelden	nooit
- 'gewone' zeep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- douche gel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zeepvrije wasemulsies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- intiemsprays (bv Lactacyd®)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bodylotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- crèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- inlegkruisjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- maandverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tampons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- incontinentieverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vochtige toiletdoekjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, nl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Gebruikt u door de dokter voorgeschreven crèmes of zalven in het vulvovaginale gebied?

ja nee
zo ja, welke?

3. Draagt u gekleurd ondergoed?

ja nee

4. Eet/drinkt u regelmatig *sterk* gekruide voedingsmiddelen?

ja nee

-zo ja, welke kruiden?

Kerrie (Djawa)

Nootmuskaat

Peper

Koriander

Munt/pepermunt

5. Bent u allergisch voor stoffen waarmee uw huid in contact komt, zoals bijv. parfumbestanddelen, nikkel (onedel

ja nee

weet ik niet zeker

metaal) of conserveermiddelen?	als beantwoord met 'ja', welke stoffen?	
-zijn deze allergieën bevestigd/gevonden met een allergietest?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

		ja	nee	weet ik niet zeker
6a. Heeft u last van een of meer van de volgende aandoeningen:	hooikoorts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	constitutioneel eczeem*?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	allergisch astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	*=eczeem waarvoor een aangeboren aanleg bestaat en dat zich vooral manifesteert in de elleboogsplooiën, de knieholten en het gezicht (maar ook andere gebieden kunnen zijn aangedaan)			
6b. Hebben eerstegraads familieleden (vader, moeder, broer(s), zus(sen)) last of last gehad van een van de bovengenoemde aandoeningen:	hooikoorts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	constitutioneel eczeem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	allergisch astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bent u bekend met huidziekten op andere plaatsen van het lichaam (inclusief slijmvliezen van mond en ogen en/of nagelafwijkingen)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- als beantwoord met 'ja', welke huidziekten?				
8. Heeft u last van regelmatig terugkerende vaginale schimmelinfecties (candida)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	als beantwoord met 'ja', hoe vaak in het laatste halfjaar?			
9. Heeft u last van regelmatig optredende aanvallen van genitale herpes?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- als beantwoord met 'ja', hoe vaak in het laatste halfjaar?				