

## **Toelichting bij vragenlijst vulvapoli**

Geachte mevrouw,

Omdat u binnenkort de vulvapoli van het Erasmus MC bezoekt, wordt u vriendelijk verzocht deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen. Een goed ingevulde vragenlijst scheelt u én de dokter tijd en daarnaast is de op deze manier verkregen informatie belangrijk bij het stellen van een juiste diagnose.

Het is verstandig de vragen goed te lezen, inclusief alle mogelijke antwoorden, voordat u één of meer kruisjes plaatst. Soms wordt u gevraagd met geschreven tekst te antwoorden.

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

Medewerkers vulvapoli

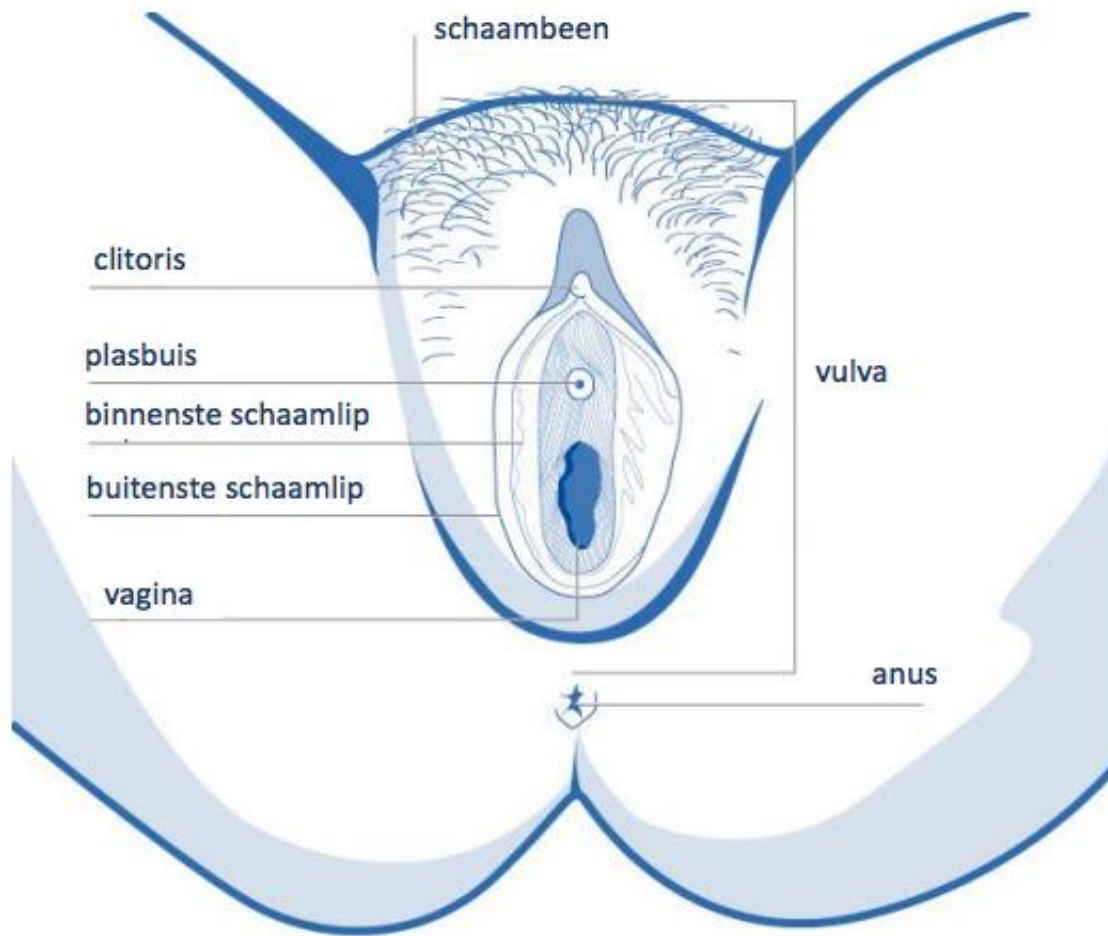
Erasmus MC-centrumlocatie  
Polikliniek Verloskunde en Gynaecologie  
's Gravendijkwal 230  
3015 CE Rotterdam

Telefoon 010-7040148

**I. 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"/>
	aambeien	<input type="checkbox"/>
	wratjes	<input type="checkbox"/>
	zwelling	<input type="checkbox"/>
	anders, n.l.:	<input type="checkbox"/>
2. Wat is de meest hinderlijke klacht?		
3. Hoe lang heeft u hiervan al last? (één 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 gelokaliseerd zijn?



5. Hoe vaak heeft u last van jeuk?  
(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. Hoe vaak heeft u last van pijn?  
(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. Wanneer heeft u last van pijn? (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. Hoe zou u de pijn het beste kunnen 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. Straalt de pijn uit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> weet ik niet (zeker)
Indien '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 vooral 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 branderigheid of pijn bij urineren, waar voelt u dit dan vooral? (één 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. Werd u voor uw klacht(en) ook door bijvoorbeeld uw huisarts 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"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<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"/>

## II Urinewegen / menstruatie

1. Heeft u regelmatig last van een blaasontsteking?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> weet ik niet
	Indien '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)
Indien '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"/>	
4. Bent u al door 'de overgang' heen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> weet ik niet (zeker)
	Indien 'ja', op welke leeftijd was u voor het laatst ongesteld?		

<b>III Partner / seksueel contact / anticonceptie / bevallingen</b>			
1. Heeft u (een) seksuele partner(s)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
	Indien 'ja', heeft u een mannelijke of een vrouwelijke partner?		
	man	<input type="checkbox"/>	
	vrouw	<input type="checkbox"/>	
2a. Heeft u seksueel contact?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
2b. Belemmeren uw klachten het hebben van seksueel contact?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
3. Bent u vochtig genoeg bij seksueel contact?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> twijfelachtig
4. Gebruikt u een glijmiddel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> zelden
5. Heeft u ooit negatieve seksuele ervaringen gehad?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> twijfelachtig
6. Heeft uw (seksuele) partner klachten, zoals bijvoorbeeld irritatie ter plaatse van de geslachtsdelen tijdens/na seksueel contact?	ja	<input type="checkbox"/>	
	nee	<input type="checkbox"/>	
	weet ik niet (zeker)	<input type="checkbox"/>	
	niet van toepassing	<input type="checkbox"/>	
7. Gebruikt u een voorbehoedsmiddel (anticonceptie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
	Indien 'ja', welk?		
	de pil	<input type="checkbox"/>	
	spiraaltje	<input type="checkbox"/>	
	prikkpil	<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
	Indien '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 één of meer bevallingen een knip (episiotomie) gezet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
8c. Heeft u ooit een keizer-snedede (sectio) 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
	Indien '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.:	



#### IV. Irritantia / allergenen / overig

1. Gebruikt u de volgende producten in het genitale gebied? (meerdere antwoorden zijn 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. Draagt u gekleurd ondergoed?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nee	
3. Eet/drinkt u regelmatig <i>sterk</i> gekruide voedingsmiddelen? (kruiden zoals; kerrie, nootmuskaat, koriander, peper, (peper)munt)	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nee	
	Indien 'ja', welke kruiden betreft dit?			
4a. Bent u allergisch voor stoffen waarmee uw huid in contact komt, zoals bijv. parfumbestanddelen, nikkel of conserveermiddelen?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nee	
	<input type="checkbox"/> weet ik niet			
	Indien 'ja', welke stoffen betreft dit?			
4b. Zijn deze allergieën vastgesteld met een allergietest?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nee	

		Ja	Nee	Weet ik niet
5a. 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"/>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>• vorm van eczeem waarvoor een aangeboren aanleg bestaat en die zich vooral manifesteert in de elleboogsplooiën, de knieholten en het gezicht.</i></li> </ul>			
5b. 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"/>
6. Had u ooit 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"/>
Indien 'ja', welke huidziekten?				
7. Heeft u last van regelmatig terugkerende vaginale schimmelinfecties (candida)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indien 'ja', hoe vaak in het laatste halfjaar?			
8. Heeft u last van regelmatig optredende aanvallen van genitale herpes?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indien 'ja', hoe vaak in het laatste halfjaar?			
9. Werd u ook behandeld voor een seksueel overdraagbare aandoening (SOA)?	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk voor:  <input type="checkbox"/> Nee			

<b>V. Algemeen</b>			
1. Wat is uw leeftijd?		___ jaar	
2. Wat voor werk doet u?			
	student	<input type="checkbox"/>	
	pensioen	<input type="checkbox"/>	
	geen werk	<input type="checkbox"/>	
	afgekeurd	<input type="checkbox"/>	
3. Was u of bent u onder behandeling vanwege bepaalde ziekten of aandoeningen of werd u ooit geopereerd?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
	Indien 'ja', welke?		
4. Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
	Indien 'ja', welke?		
5. Bent u – voor zover bekend – allergisch voor medicijnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> weet ik niet zeker
	Indien 'ja', voor welke?		
6. Wat is uw lichaamslengte?	cm		
7. Wat is uw lichaamsgewicht?	kg		
9. Rookt u of heeft u gerookt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
	Indien 'ja', hoeveel?		
	Indien gestopt, wanneer was dat?		

Dank voor het invullen van deze vragenlijst.