



VRAGENLIJST - MYPP STUDIE

Myo-inositol Suppletie ter Preventie van Zwangerschapscomplicaties
bij Vrouwen met Polycysteus Ovarium Syndroom

VRAGENLIJST I – START ONDERZOEK

MYPP studienummer: -

MYPP-trial - Vragenlijst I Inclusie
Nederlandse Versie 1.0 – 01/05/2019
MYPP.trial@erasmusmc.nl

Toelichting

Geachte mevrouw,

Hierbij ontvangt u de **eerste vragenlijst** in het kader van uw deelname aan de MYPP studie. Met deze vragenlijst willen wij graag meer informatie verkrijgen over uw algehele gezondheid en over de invloed van het Polycysteus Ovarium Syndroom (PCOS) op uw gezondheid.

Wij willen u vragen deze vragenlijst in te vullen bij **aanvang van het onderzoek**. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 20 minuten.

De vragenlijst bestaat uit **4 onderdelen**. Elk onderdeel begint met een korte introductie over hoe het onderdeel in te vullen. Wij verzoeken u vriendelijk om alle vragen in te vullen. Kruis bij iedere vraag steeds één antwoord aan, tenzij er bij de vraag staat dat er meerdere antwoorden mogelijk zijn.

Mochten er onduidelijkheden zijn, dan kunt u contact opnemen met de arts-onderzoeker van de MYPP studie.

Deze vragenlijst is vertrouwelijk en de verzamelde informatie wordt gecodeerd verwerkt. Dit houdt in dat uw naam of andere persoonsgegevens niet zullen worden gebruikt bij het verwerken van uw antwoorden.

Datum van invullen van de vragenlijst: ___ / ___ / 20 ___

Veel succes bij het invullen en hartelijk dank voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,

Namens het MYPP onderzoeksteam,

Drs. C.M.C. Frank

Arts-onderzoeker MYPP studie, Erasmus MC Rotterdam

E-mail: MYPP.trial@erasmusmc.nl

Telefoonnummer: 06 – 50094894

ONDERDEEL I : Algemene vragen

1. **Wat is uw leeftijd?** jaar
2. **Wat is uw lengte?** cm
3. **Wat was uw gewicht voor de zwangerschap?** kg
4. **Wat is uw geboorteland?**
 - Nederland
 - Suriname
 - Turkije
 - Marokko
 - Nederlandse Antillen
 - Anders, namelijk
5. **Wat is het geboorteland van uw (biologische) ouders?**

Vader: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Suriname <input type="checkbox"/> Turkije <input type="checkbox"/> Marokko <input type="checkbox"/> Nederlandse Antillen <input type="checkbox"/> Anders, namelijk 	Moeder: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Suriname <input type="checkbox"/> Turkije <input type="checkbox"/> Marokko <input type="checkbox"/> Nederlandse Antillen <input type="checkbox"/> Anders, namelijk
--	---
6. **Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgerond?**
 - Geen opleiding
 - Lager algemeen onderwijs (basisonderwijs lagere school)
 - Lager beroepsonderwijs (LBO, VMBO-B, VMBO-K)
 - Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO/VMBO-T)
 - Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, incl. MEAO en MTS)
 - Hoger algemeen onderwijs (HAVO, VWO)
 - Hoger beroepsonderwijs (HBO, incl. HEAO en HTS)
 - Wetenschappelijk onderwijs (WO/Universiteit)
 - Overig onderwijs (geen van bovenstaande), namelijk
7. **Wat is uw burgerlijke staat/woonsituatie?**

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ongehuwd – alleenstaand <input type="checkbox"/> Ongehuwd – samenwonend met partner <input type="checkbox"/> Geregistreerd partnerschap 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Getrouwd <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Weduwe
--	---
8. **Gebruikt u medicijnen?** *(Met medicijnen wordt bedoeld: medicijnen die u heeft gekregen in het ziekenhuis of op recept en geneesmiddelen die u heeft gekocht bij de apotheek of drogist.)*
 - Nee
 - Ja – Vul de tabel op de volgende pagina in.

	Naam medicijn (bijv. Aldomet)	Reden gebruik (bijv. hoge bloeddruk)	Dosering (bijv. 250mg)	Eenheden per dag (bijv. 3 tabletten/dag)
1.				
2.				
3.				

9. Bent u ooit geopereerd?

- Nee
 Ja, namelijk (noteer jaartal en soort operatie)

10. Bent u ooit onder behandeling geweest bij een psycholoog/psychiater?

- Nee – ga verder met vraag 12
 Ja, namelijk vanwege (meerdere antwoorden mogelijk):
- Angstklachten
 - Depressieve klachten/depressie
 - Burn-out
 - Vertekend zelfbeeld
 - Anders, namelijk

11. Wanneer was u onder behandeling bij de psycholoog/psychiater?

Noteer jaartal: Ik ben momenteel onder behandeling

12. Heeft u een van de volgende aandoeningen ooit gehad? En zo ja, in welk jaar is dit voor het eerst bij u vastgesteld? (Het gaat hierbij om ziekten of aandoeningen die (ooit) door uw huisarts of arts in het ziekenhuis zijn vastgesteld.)

Aandoening		In welk jaar voor het eerst?
1. Hart- en vaatziekten (bijv. hartfalen, hersenbloeding, spataderen)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja, in jaar: Noteer aandoening:
2. Overgewicht (Body Mass Index (BMI) > 25)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja, in jaar:
3. Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja, in jaar:
4. Te hoog cholesterol	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja, in jaar:
5. Suikerziekte / Diabetes	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja, in jaar: Was dit tijdens de zwangerschap? Ja / nee
6. Te traag werkende schildklier (Hypothyreoïdie)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja, in jaar:
7. Te snel werkende schildklier (Hyperthyreoïdie)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja, in jaar:
8. Nierziekten (bijv. schrompelnier, SLE)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja, in jaar: Noteer aandoening:
9. Leveraandoeningen (bijv. hepatitis, leververvetting)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja, in jaar: Noteer aandoening:

13. Heeft u een van de onderstaande risicofactoren?

Risicofactor		
1. Rookt u momenteel (sigaretten/shag)?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
2. Rookte u voor uw zwangerschap (sigaretten/shag)?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
3. Gebruikt u medicijnen tegen hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
4. Heeft u een 1 ^e graads familielid (<i>ouders, broers, zussen, kinderen</i>) die een beroerte (<i>herseninfarct/hersenvloeding/TIA</i>) doormaakte <u>voor 60 jaar</u> ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk Op welke leeftijd? jaar
5. Heeft u een 1 ^e graads familielid (<i>ouders, broers, zussen, kinderen</i>) die een hartinfarct doormaakte <u>voor 60 jaar</u> ?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk Op welke leeftijd? jaar
6. Heeft u een 1 ^e graads familielid (<i>ouders, broers, zussen, kinderen</i>) met suikerziekte (<i>diabetes</i>)? En zo ja, op welke leeftijd werd dit voor het eerst vastgesteld?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk Op welke leeftijd? jaar

LEEFSTIJL**14. Volgt u op dit moment een dieet?**

- Nee
- Ja, namelijk (*kruis hieronder aan wat van toepassing is*):
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zoutarm dieet | <input type="checkbox"/> Vet- en/of cholesterolbeperkt dieet |
| <input type="checkbox"/> Koolhydraatarm dieet | <input type="checkbox"/> Dieet om af te vallen |
| <input type="checkbox"/> Eiwit-verrijkt dieet | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |

15. Heeft u bepaalde dingen die u niet eet of niet mag/kunt eten?

- Nee
- Ja – *Kruis hieronder aan wat u niet eet (meerdere antwoorden mogelijk)*.
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vlees (rund, varken, lam etc.) | <input type="checkbox"/> Eieren |
| <input type="checkbox"/> Gevogelte | <input type="checkbox"/> Koemelkeiwit, lactose |
| <input type="checkbox"/> Vis, schaal- en schelpdieren | <input type="checkbox"/> Noten |
| <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |

16. Heeft u foliumzuur gebruikt voor u zwanger werd?

- Nee
- Ja, namelijk weken voordat ik zwanger werd

17. Heeft u foliumzuur gebruikt tijdens uw zwangerschap? (*vóór dat u de voedingssupplementen in het kader van dit onderzoek kreeg*)

- Nee
- Ja, namelijk tot weken zwangerschap
- Ja, totdat ik de voedingssupplementen in het kader van het onderzoek kreeg

18. Gebruikt u naast de supplementen in het kader van dit onderzoek andere vitaminepreparaten, voedingssupplementen of homeopathische middelen?

- Nee
- Ja – *Vul de tabel op de volgende pagina in.*

	Naam middel (bijv. vitamine D)	Reden gebruik (bijv. vermoeidheid)	Dosering (bijv. 10mcg)	Eenheden per dag (bijv. 1 tablet/dag)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

19. Hoe lichamelijk actief bent u?

Neem een normale/gemiddelde week in de afgelopen maanden in uw gedachten. Geef hieronder aan hoeveel dagen per week u de onderstaande activiteiten verricht, hoeveel minuten u daar dan gemiddeld op zo'n dag mee bezig was en hoe inspannend deze activiteit was?

1. Woon-werk of school verkeer (heen en terug)	Dagen per week	Gemiddelde tijd per dag	Inspanning (omcirkel)
a. Lopen van/naar werk of school	..... dagen	..... uur minuten	Langzaam/gemiddeld/snel
b. Fietsen van/naar werk of school	..... dagen	..... uur minuten	Langzaam/gemiddeld/snel
<input type="checkbox"/> Niet van toepassing			
2. Lichamelijk activiteit op school en werk	Dagen per week	Gemiddelde tijd per dag	
a. Licht en matig inspannend werk (<i>Zittend/staand werk, met af en toe lopen, zoals bureauwerk of lopend werk met lichte lasten.</i>)	..... dagen	..... uur minuten	
b. Zwaar inspannend werk (<i>Lopend werk, waarbij regelmatig zware dingen moeten worden getild.</i>)	..... dagen	..... uur minuten	
<input type="checkbox"/> Niet van toepassing			
3. Huishoudelijke activiteiten	Dagen per week	Gemiddelde tijd per dag	
a. Licht en matig inspannend huishoudelijk werk (<i>Staannd werk, zoals koken, afwassen, strijken, kind eten geven/in bad doen en lopend werk, zoals stofzuigen, boodschappen doen.</i>)	..... dagen	..... uur minuten	
b. Zwaar inspannend huishoudelijk werk (<i>Vloer schrobben, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen.</i>)	..... dagen	..... uur minuten	
<input type="checkbox"/> Niet van toepassing			
4. Vrije tijd	Dagen per week	Gemiddelde tijd per dag	Inspanning (omcirkel)
a. Wandelen	..... dagen	..... uur minuten	Langzaam/gemiddeld/snel
b. Fietsen	..... dagen	..... uur minuten	Langzaam/gemiddeld/snel
c. Tuinieren	..... dagen	..... uur minuten	Licht/gemiddeld/zwaar
d. Klussen/Doe-het-zelven	..... dagen	..... uur minuten	Licht/gemiddeld/zwaar
<input type="checkbox"/> Niet van toepassing			
5. Sporten Hier maximaal 4 opschrijven. Bijv. tennis, zwemmen	Dagen per week	Gemiddelde tijd per dag	Inspanning (omcirkel)
a. ....	..... dagen	..... uur minuten	Licht/gemiddeld/zwaar
b. ....	..... dagen	..... uur minuten	Licht/gemiddeld/zwaar
c. ....	..... dagen	..... uur minuten	Licht/gemiddeld/zwaar
d. ....	..... dagen	..... uur minuten	Licht/gemiddeld/zwaar
<input type="checkbox"/> Niet van toepassing			
TOTAAL			
Op gemiddeld hoeveel dagen per week bent u, alles bij elkaar opgesteld, tenminste een half uur bezig met: wandelen, fiets, klussen, tuinieren of sporten?			..... dagen per week

POLYCYSTEUS OVARIUM SYNDROOM (PCOS)**20. Wanneer werd bij u vastgesteld dat er sprake was van PCOS?**

Op de leeftijd van jaar.

21. Wie heeft bij u vastgesteld dat u PCOS had?

- Huisarts Gynaecoloog
 Kinderarts Internist
 Fertiliteitsarts Anders, namelijk

22. Geef hieronder aan welke veelvoorkomende problemen bij PCOS bij u een rol hebben gespeeld/spelen en hoe u hier eventueel voor bent behandeld.

Probleem/klacht		
1. Onregelmatige menstruaties of geen menstruaties	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geen behandeling <input type="checkbox"/> Behandeld met
2. Verminderde vruchtbaarheid	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geen behandeling <input type="checkbox"/> Behandeld met
3. Teveel eikelblaasjes in de eierstokken (polycysteuze ovaria)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja (behandeling niet van toepassing)
4. Huidproblemen/Acné	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geen behandeling <input type="checkbox"/> Behandeld met
5. Overbeharing	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geen behandeling <input type="checkbox"/> Behandeld met
6. Haaruitval of kaalheid	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geen behandeling <input type="checkbox"/> Behandeld met
7. Overgewicht	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geen behandeling <input type="checkbox"/> Behandeld met
8. Teveel aan mannelijke hormonen (zoals testosteron)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja (behandeling niet van toepassing)
9. Hoog cholesterol	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geen behandeling <input type="checkbox"/> Behandeld met
10. Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geen behandeling <input type="checkbox"/> Behandeld met
11. Slaapapneu	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Weet ik niet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geen behandeling <input type="checkbox"/> Behandeld met
12. Stemningsproblemen (angsten, depressie etc.)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geen behandeling <input type="checkbox"/> Behandeld met

23. Heeft u familieleden met PCOS?

- Nee
 Ja, namelijk (noteer familieleden en hun relatie tot u)
 Weet ik niet

ONDERDEEL II : Algemene gezondheidstoestand op dit moment

Instructies - Zet bij ieder item in de lijst hieronder een kruisje in het hokje bij de zin die het best past bij uw gezondheidstoestand van **vandaag**.

1. Mobiliteit

- Ik heb geen problemen met lopen
- Ik heb een beetje problemen met lopen
- Ik heb matige problemen met lopen
- Ik heb ernstige problemen met lopen
- Ik ben niet in staat om te lopen

2. Zelfzorg

- Ik heb geen problemen met mijzelf wassen of aankleden
- Ik heb een beetje problemen met mijzelf wassen of aankleden
- Ik heb matige problemen met mijzelf wassen of aankleden
- Ik heb ernstige problemen met mijzelf wassen of aankleden
- Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden

3. Dagelijkse activiteiten (bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb een beetje problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb matige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb ernstige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

4. Pijn / Ongemak

- Ik heb geen pijn of ongemak
- Ik heb een beetje pijn of ongemak
- Ik heb matige pijn of ongemak
- Ik heb ernstige pijn of ongemak
- Ik heb extreme pijn of ongemak

5. Angst / Somberheid

- Ik ben niet angstig of somber
- Ik ben een beetje angstig of somber
- Ik ben matig angstig of somber
- Ik ben erg angstig of somber
- Ik ben extreem angstig of somber

Instructies - Geef hieronder aan hoe goed of slecht u uw gezondheidstoestand **vandaag** waardeert.

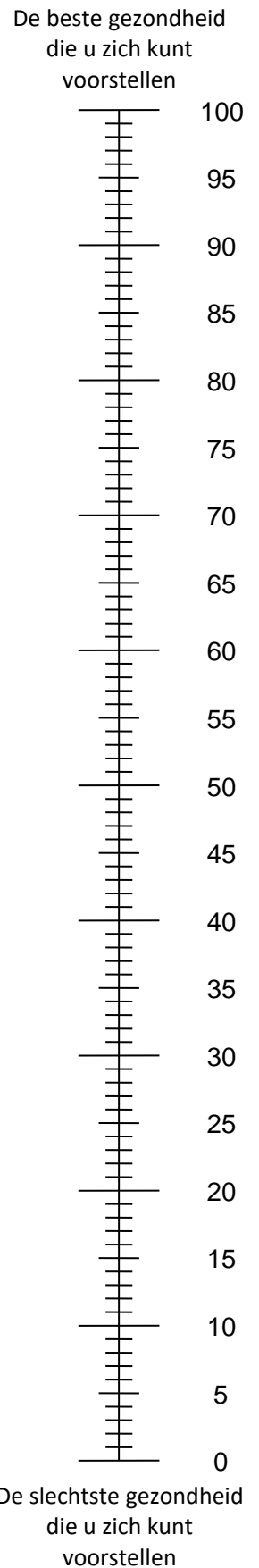
Gebruik hiervoor de meetschaal hiernaast.

- Deze meetschaal loopt van 0 tot 100.
- **100** staat voor de **beste** gezondheid die u zich kunt voorstellen.
- **0** staat voor de **slechtste** gezondheid die u zich kunt voorstellen.

Geef uw gezondheidstoestand **vandaag** als volgt weer:

1. Markeer een **X** op de meetschaal om aan te geven hoe uw gezondheid **vandaag** is.
2. **Noteer het getal** waarbij u de X heeft geplaatst in **onderstaand vakje**.

Uw gezondheidstoestand vandaag =



ONDERDEEL III : Effect van gezondheid op kwaliteit van leven bij PCOS

Instructies – De volgende vragen zijn specifiek opgesteld voor vrouwen met PCOS en gaan over veelvoorkomende fysieke, emotionele en sociale problemen bij PCOS. Neem **twee normale/gemiddelde weken** in het jaar voorafgaand aan uw zwangerschap in uw gedachten. Beantwoord elke vraag door het vakje aan te kruisen dat het beste weergeeft hoe u zich heeft gevoeld **in die twee weken**. Kruis per vraag slechts **één** vakje aan. Er is geen goed of fout antwoord.

In hoeverre heeft u groei van zichtbaar haar op uw kin als een probleem ervaren in die twee weken?							
	Een ernstig probleem	Een groot probleem	Een matig probleem	Enig probleem	Een klein probleem	Bijna geen probleem	Geen probleem
1. Groei van zichtbaar haar op uw kin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In die twee weken, hoe vaak heeft u zich:							
	Continu	Meestal	Regelmatig	Soms	Weinig	Bijna nooit	Nooit
2. Depressief gevoeld als gevolg van PCOS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Zorgen gemaakt over het hebben van overgewicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Snel vermoeid gevoeld?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Zorgen gemaakt over vruchtbaarheidsproblemen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Humeurig gevoeld als gevolg van PCOS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In hoeverre heeft u groei van zichtbaar haar op uw bovenlip als een probleem ervaren in die twee weken?							
	Een ernstig probleem	Een groot probleem	Een matig probleem	Enig probleem	Een klein probleem	Bijna geen probleem	Geen probleem
7. Groei van zichtbaar haar op uw bovenlip?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In die twee weken, hoe vaak heeft u:							
	Continu	Meestal	Regelmatig	Soms	Weinig	Bijna nooit	Nooit
8. Problemen ervaren met uw gewicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Weinig zelfvertrouwen gehad als gevolg van PCOS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Zich gefrustreerd gevoeld terwijl u probeerde af te vallen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Angst gevoeld om geen kinderen te kunnen krijgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Angst gevoeld om kanker te krijgen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In die twee weken, in hoeverre heeft u de volgende aspecten als een probleem ervaren?							
	Een ernstig probleem	Een groot probleem	Een matig probleem	Enig probleem	Een klein probleem	Bijna geen probleem	Geen probleem
13. Groei van zichtbaar haar in uw gezicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Schaamte vanwege overmatige lichaamsbeharing?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In die twee weken, hoe vaak bent/heeft u:							
	Continu	Meestal	Regelmatig	Soms	Weinig	Bijna nooit	Nooit
15. Zich zorgen gemaakt over het hebben van PCOS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Zelfbewust geweest als gevolg van PCOS?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In die twee weken, hoe vaak heeft u:							
	Continu	Meestal	Regelmatig	Soms	Weinig	Bijna nooit	Nooit
17. Het gevoel gehad niet aantrekkelijk te zijn door het hebben van overgewicht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Het gevoel gehad de situatie met PCOS onvoldoende onder controle te hebben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Moeite gehad op het gewenste gewicht te blijven?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Zich verdrietig gevoeld vanwege vruchtbaarheidsproblemen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In hoeverre heeft u groei van zichtbare lichaamsbeharing als een probleem ervaren in die twee weken?							
	Een ernstig probleem	Een groot probleem	Een matig probleem	Enig probleem	Een klein probleem	Bijna geen probleem	Geen probleem
21. Groei van zichtbaar lichaamsbeharing?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Instructies – Beantwoord de onderstaande vragen over uw **laatste menstruatie vóór de zwangerschap**. Kruis per vraag slechts **één** vakje aan. Er is geen goed of fout antwoord.

Met betrekking tot uw laatste menstruatie (vóór de zwangerschap), in hoeverre heeft u de volgende aspecten als een probleem ervaren?							
	Een ernstig probleem	Een groot probleem	Een matig probleem	Enig probleem	Een klein probleem	Bijna geen probleem	Geen probleem
22. Hoofdpijn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Onregelmatige menstruaties?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Opgeblazen gevoel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Een laat begin van de menstruatie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Menstruatiekrampen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ONDERDEEL IV : Gemoedstoestand

Instructies - Er volgen nu 21 rijtjes uitspraken. Lees a.u.b. ieder rijtje aandachtig door en kies uit elk rijtje **één** uitspraak, die het best beschrijft hoe u zich de afgelopen **twee weken met vandaag erbij** gevoeld heeft. Kruis het bolletje aan met het cijfer vóór de door u gekozen uitspraak. Als meerdere uitspraken in een rijtje even goed van toepassing zijn, kruis dan het bolletje aan met het hoogste cijfer van dat rijtje. Let er op dat u niet meer dan één uitspraak per rijtje kiest, ook bij vraag 16 (Veranderingen in Slaappatroon) en 18 (Veranderingen in Eetlust).

1. Somberheid, verdriet

- ⓪ Ik voel me niet somber.
- ① Ik voel me een groot deel van de tijd somber.
- ② Ik ben de hele tijd somber.
- ③ Ik ben zó somber of ongelukkig dat ik het niet verdragen kan.

2. Pessimisme

- ⓪ Ik ben niet ontmoedigd over mijn toekomst.
- ① Ik ben meer ontmoedigd over mijn toekomst dan vroeger.
- ② Ik verwacht niet dat de dingen goed voor mij zullen uitpakken.
- ③ Ik heb het gevoel dat mijn toekomst hopeloos is en dat het alleen maar erger zal worden.

3. Mislukkingen

- ⓪ Ik voel me geen mislukking.
- ① Ik heb te veel dingen laten mislukken.
- ② Als ik terugkijk, zie ik een hoop mislukkingen.
- ③ Ik vind dat ik als persoon een totale mislukking ben.

4. Verlies van plezier

- ⓪ Ik beleef net zo veel plezier als altijd aan de dingen die ik leuk vind.
- ① Ik geniet niet meer zoveel van dingen als vroeger.
- ② Ik beleef heel weinig plezier aan de dingen die ik vroeger leuk vond.
- ③ Ik beleef geen enkel plezier aan de dingen die ik vroeger leuk vond.

5. Schuldgevoelens

- ⓪ Ik voel me niet bijzonder schuldig.
- ① Ik voel me schuldig over veel dingen die ik heb gedaan of had moeten doen.
- ② Ik voel me meestal erg schuldig.
- ③ Ik voel me de hele tijd schuldig.

6. Gevoel gestraft te worden

- ⓪ Ik heb niet het gevoel dat ik gestraft word.
- ① Ik heb het gevoel dat ik misschien gestraft zal worden.
- ② Ik verwacht gestraft te worden.
- ③ Ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word.

7. Afkeer van zichzelf

- ① Ik voel me over mezelf net als altijd.
- ② Ik heb minder zelfvertrouwen.
- ③ Ik ben teleurgesteld in mezelf.
- ④ Ik heb een hekel aan mezelf.

8. Zelfkritiek

- ① Ik bekritiseer of verwijt mijzelf niet meer dan gewoonlijk.
- ② Ik ben meer kritisch op mezelf dan vroeger.
- ③ Ik bekritiseer mezelf voor al mijn tekortkomingen.
- ④ Ik verwijt mijzelf al het slechte wat gebeurt.

9. Suïcidale gedachten of wensen

- ① Ik heb geen enkele gedachte aan zelfdoding.
- ② Ik heb gedachten aan zelfdoding, maar ik zou ze niet ten uitvoer brengen.
- ③ Ik zou liever een eind aan mijn leven maken.
- ④ Ik zou een eind aan mijn leven maken als ik de kans kreeg.

10. Huilen

- ① Ik huil niet meer dan vroeger.
- ② Ik huil meer dan vroeger.
- ③ Ik huil om elk klein ding.
- ④ Ik wil graag huilen, maar ik kan het niet.

11. Agitatie, onrust

- ① Ik ben niet rustelozer of meer gespannen dan anders.
- ② Ik ben rustelozer of meer gespannen dan anders.
- ③ Ik ben zo rusteloos of opgewonden dat ik moeilijk stil kan zitten.
- ④ Ik ben zo rusteloos of opgewonden dat ik moet blijven bewegen of iets doen.

12. Verlies van interesse

- ① Mijn belangstelling voor andere mensen of activiteiten is niet verminderd.
- ② Ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen of dingen dan vroeger.
- ③ Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen of dingen grotendeels verloren.
- ④ Het is moeilijk om nog ergens belangstelling voor op te brengen.

13. Besluiteloosheid

- ① Ik neem beslissingen ongeveer even makkelijk als altijd.
- ② Ik vind het moeilijker om beslissingen te nemen dan gewoonlijk.
- ③ Ik heb veel meer moeite met het nemen van beslissingen dan vroeger.
- ④ Ik heb moeite met alle beslissingen.

14. Waardeloosheid

- ① Ik heb niet het gevoel dat ik waardeloos ben.
- ② Ik zie mezelf niet meer zo waardevol en nuttig als vroeger.
- ③ Vergeleken met anderen voel ik me meer waardeloos.
- ④ Ik voel me volstrekt waardeloos.

15. Energieverlies

- ④ Ik heb nog evenveel energie als altijd.
- ① Ik heb minder energie dan vroeger.
- ② Ik heb niet voldoende energie om veel te doen.
- ③ Ik heb niet genoeg energie om wat dan ook te doen.

16. Verandering van slaappatroon (*Kruis slechts één antwoord aan*)

- ④ Mijn slaappatroon is niet veranderd.
- ① Ik slaap wat meer dan gewoonlijk.
- ① Ik slaap wat minder dan gewoonlijk.
- ② Ik slaap veel meer dan gewoonlijk.
- ② Ik slaap veel minder dan gewoonlijk.
- ③ Ik slaap het grootste deel van de dag.
- ③ Ik word 1-2 uren te vroeg wakker en kan niet meer inslapen.

17. Prikkelbaarheid

- ④ Ik ben niet meer prikkelbaar dan anders.
- ① Ik ben meer prikkelbaar dan anders.
- ② Ik ben veel meer prikkelbaar dan anders.
- ③ Ik ben de hele tijd prikkelbaar.

18. Verandering van eetlust (*Kruis slechts één antwoord aan*)

- ④ Mijn eetlust is niet veranderd.
- ① Mijn eetlust is wat kleiner dan gewoonlijk.
- ① Mijn eetlust is wat groter dan gewoonlijk.
- ② Mijn eetlust is veel kleiner dan vroeger.
- ② Mijn eetlust is veel groter dan gewoonlijk.
- ③ Ik heb helemaal geen eetlust.
- ③ Ik verlang de hele tijd naar eten.

19. Concentratieproblemen

- ④ Ik kan me net zo goed concentreren als altijd.
- ① Ik kan me niet zo goed concentreren als anders.
- ② Het is lastig om mijn gedachten ergens lang bij te houden.
- ③ Ik kan me nergens op concentreren.

20. Moeheid

- ④ Ik ben niet meer moe of afgemat dan gewoonlijk.
- ① Ik word sneller moe of afgemat dan gewoonlijk.
- ② Ik ben te moe of afgemat voor veel dingen die ik vroeger wel deed.
- ③ Ik ben te moe of afgemat voor de meeste dingen die ik vroeger wel deed.

21. Verlies van interesse in sex

- ④ Ik heb de laatste tijd geen verandering gemerkt in mijn belangstelling voor sex.
- ① Ik heb minder belangstelling voor sex dan vroeger.
- ② Ik heb tegenwoordig veel minder belangstelling voor sex.
- ③ Ik heb alle belangstelling voor sex verloren.

Einde van de vragenlijst

- Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst! -

Alle vragen ingevuld?

Zou u de vragenlijst terug willen sturen middels bijgevoegde retourenvelop?
Een postzegel is niet nodig.

Ruimte voor eventuele vragen of opmerkingen: