

CUESTIONARIO SOBRE INFERTILIDAD (PROYECTO DNI)



Fecha de cumplimentación

Día		Mes		Año
0	0	0	0	0
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	3	3	3	3
4	4	4	4	4
5	5	5	5	5
6	6	6	6	6
7	7	7	7	7
8	8	8	8	8
9	9	9	9	9

ID

0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

1. Por favor, indique la duración aproximada de su menstruación (cuántos días en total le dura la regla):

Días 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 o más

2. Por favor, indique la duración aproximada de sus ciclos menstruales (número de días que pasan en total desde que empieza la regla hasta el día anterior a la siguiente regla):

Días

<input type="text"/>									
<input type="text"/>									

3. Por favor, indique si a lo largo de su vida le ha diagnosticado el médico de alguna de las siguientes enfermedades

	SÍ	NO	Fecha aproximada	
			Mes	Año
Enfermedad inflamatoria pélvica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Endometriosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Trastornos hormonales del ciclo menstrual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Síndrome de Ovario poliquístico (múltiples quistes en los ovarios, que pueden alterar la producción de hormonas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Uno o varios quistes (menos de 10) en un ovario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Problemas en las trompas (adherencias, obstrucción, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Miomas en el útero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Adenomiosis (presencia de glándulas endometriales en la capa muscular del útero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Displasia o cáncer del cuello del útero que ha necesitado algún tratamiento/intervención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cirugía abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
----- (Dobla por esta línea) -----				
Por favor, si lo conoce, indique el motivo de la cirugía:				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infección y/o tratamiento por:				
Clamidia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Estreptococo del grupo B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gardnerella vaginalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Herpes genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Virus del papiloma humano (verruca genital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Virus del sida (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Alguna alteración anatómica o malformación en el útero (tabiques, pólipos, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hiperprolactinemia (niveles altos de la hormona prolactina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otra (por favor, especifique):				
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

4. Señale cuántos hijos nacidos vivos ha tenido

Ninguno 1 2 3 4 5 o más

Por favor indique la(s) fecha(s) aproximada(s):

1. Mes Año | 2. Mes Año | 3. Mes Año | 4. Mes Año | 5. Mes Año

5. ¿Ha tenido alguna vez en su vida algún aborto?

Ninguno 1 2 3 4 5 o más

Por favor indique la(s) fecha(s) aproximada(s):

1. Mes Año | 2. Mes Año | 3. Mes Año | 4. Mes Año | 5. Mes Año

6. ¿Ha tenido alguna vez en su vida algún embarazo ectópico (embarazo fuera del útero)?

Ninguno 1 2 3 4 5 o más

Por favor indique la(s) fecha(s) aproximada(s):

1. Mes Año 2. Mes Año 3. Mes Año 4. Mes Año 5. Mes Año

7. ¿Ha utilizado algún tratamiento hormonal o algún anticonceptivo hormonal?

No Sí

Si la respuesta es afirmativa especifique cuál y durante cuanto tiempo

FÁRMACO	Nº veces al día Y DOSIS	Duración (nº de meses en TOTAL)
1.		
2.		
3.		

8. ¿Ha utilizado alguna vez un dispositivo intrauterino (DIU)?

No Sí

Si la respuesta es afirmativa especifique:

Nº de meses en total que usó el DIU: _____

Fecha en que dejó de usar el DIU: Mes _____ Año _____

9. Las siguientes preguntas se refieren a otras pruebas que pueden realizarse cuando una pareja consulta al médico por dificultad para lograr un embarazo.

(Dobla por esta línea)

¿Le han realizado a usted alguna de estas pruebas?

	NO	SÍ	Resultado			Fecha aproximada	
			Normal	Alterado	Pendiente	Mes	Año
Análisis de sangre general:	<input type="checkbox"/>						
• hemograma, glucosa, colesterol, transaminasas, etc...	<input type="checkbox"/>						
• marcadores para descartar infecciones (clamidia, gonococo, herpes, HPV, etc.) ..	<input type="checkbox"/>						
• otros (por favor, especifique):	<input type="checkbox"/>						
Análisis de sangre unos días <u>después</u> de la menstruación, para valorar la fertilidad (estudio de hormonas)	<input type="checkbox"/>						
Análisis de sangre unos días <u>antes</u> de la menstruación, para valorar la fertilidad (estudio de hormonas)	<input type="checkbox"/>						
Ecografía	<input type="checkbox"/>						
Biopsia del endometrio (toma de una muestra del interior del útero)	<input type="checkbox"/>						
Test postcoital (toma de una muestra del interior de la vagina y/o cuello uterino tras una relación sexual)	<input type="checkbox"/>						
Histerosalpingografía (introducción de un líquido por la vagina para ver las trompas y el útero en un monitor o radiografía)	<input type="checkbox"/>						
Laparoscopia (introducción de un tubo a través de varios orificios del abdomen para ver su interior)	<input type="checkbox"/>						
Estudios de anticuerpos contra los espermatozoides o el semen	<input type="checkbox"/>						
Otra prueba (por favor, especifique):	<input type="checkbox"/>						

10. ¿Le han realizado alguna prueba a su pareja? (Por favor, no responda a esta pregunta si sabe que su pareja no quiere informarnos sobre ello)

No Sí, y al menos uno de los resultados está alterado
 Sí, y los resultados son normales Sí, pero todavía no le han comunicado los resultados

11. ¿Les ha dicho el médico que no hay nada alterado y que esperen unos meses a ver si se queda embarazada, antes de iniciar algún tratamiento?

No Sí