

# Welkom in het Centrum voor Reproductieve Geneeskunde (CRG)

Informatiebrochure patiënten





1.	Het CRG .....	4
2.	Vruchtbaarheidsproblemen .....	5
3.	Eerste raadpleging .....	5
4.	Behandelingsmogelijkheden .....	7
4.1	Geassisteerde natuurlijke conceptie .....	7
4.2	IUI met eigen sperma .....	7
4.3	IUI/KID met donorsperma .....	8
4.4	Stimuleren van eierstokken en eisprong .....	8
4.5	Operaties .....	9
4.6	IVF en ICSI .....	10
4.7	Spermadonatie .....	12
4.8	Eiceldonatie .....	13
4.9	Embryodonatie .....	14
4.10	Invriezen sperma en eicellen .....	14
4.11	Invriezen embryo's .....	14
4.12	Mannelijke onvruchtbaarheid .....	15
4.13	Preïmplantatiediagnostiek .....	16
4.14	Embryobehandeling .....	16
5.	Veelgestelde vragen .....	17
6.	Administratieve regelingen .....	18
	Contact en info .....	20

Beste patiënt,

Welkom in het Centrum voor Reproductieve Geneeskunde van het UZA, ook wel 'CRG' of 'fertiliteitskliniek'.

In deze brochure maakt u kennis met het multidisciplinaire centrum en de behandelingsmogelijkheden voor vruchtbaarheidsproblemen.

Het CRG wenst vurig voor elk koppel de kans op zwangerschap te optimaliseren. Dat doen we door topwetenschappelijk en medisch onderzoek te combineren met persoonlijke zorg op maat van u als patiënt.

Hebt u na het lezen van deze brochure nog vragen, aarzel dan niet om ze ons te stellen. We helpen u graag verder.

Het fertiliteitsteam

## 1. Het CRG

**Het Centrum voor Reproductieve Geneeskunde (CRG) behandelt vruchtbaarheidsproblemen en geeft - in samenwerking met andere diensten - advies om ze te voorkomen en om een zwangerschap zo optimaal mogelijk te realiseren.**



### **Behandeling, advies en begeleiding**

Het CRG maakt deel uit van de dienst gynaecologie-verloskunde van het UZA. Als derdelijnsziekenhuis beschikken we over hoogtechnologische infrastructuur en de meest geavanceerde behandelingen en zorg.

Het CRG is een van de twee erkende B-centra in de provincie Antwerpen. Een B-centrum biedt de meest gespecialiseerde behandelingen en technieken aan. Het UZA werkt nauw samen met enkele A-centra zoals AZ Klina en AZ Nikolaas. Er is ook een nauwe samenwerking met ziekenhuizen zoals AZ St.-Elisabeth Herentals en AZ St.-Jozef Turnhout. Daardoor kunnen patiënten dicht bij huis opgevolgd worden onder toezicht van het CRG UZA.

Omdat een vruchtbaarheidsbehandeling soms emotionele of financiële problemen meebrengt, begeleiden we elk koppel nauwgezet. Als u dat wenst, kunt u een beroep doen op de sociaal verpleegkundige van de dienst patiëntenbegeleiding die aan het CRG verbonden is. Zij kan u ook tijdens of na de behandeling opvolgen.

Voor psychologische ondersteuning kunt u terecht bij de psychologe/seksuologe. Haar advies wordt ook ingezet op vraag van de arts, bijvoorbeeld bij het gebruik van donormateriaal ...

## 2. Vruchtbaarheidsproblemen

**Als spontaan zwanger worden niet lukt, dan kan het CRG uitkomst bieden.**

Normaal gezien is er per menstruatiecyclus 20% kans op een spontane zwangerschap de eerste 5 maanden. Ongeveer 1 op 8 koppels heeft moeilijkheden om spontaan zwanger te worden. Er zijn veel mogelijke oorzaken. De reden ligt voor ongeveer een kwart van de gevallen bij de man, voor een kwart bij de vrouw, in één kwart van de gevallen gaat het vaak om een combinatie bij beide partners en voor het overige kwart is de oorzaak ongekend (idiopathische infertiliteit).

Gelukkig zijn er ook verschillende behandelingen mogelijk. Afhankelijk van de oorzaak van uw vruchtbaarheidsprobleem, stelt de arts u de meest geschikte therapie voor.

## 3. Eerste raadpleging

**Bij de eerste raadpleging maken we een volledig dossier van u en uw partner: het oriënterend fertiliteitsdossier.**

Tijdens de diagnostische oppuntstelling gaan we uw medische voorgeschiedenis na en informeren we naar eventuele vorige onderzoeken. Daarnaast onderzoeken we in uw bloed de hormonen en infectieziekten zoals rubella, toxoplasma, hepatitis B of C, hiv, syfilis en chlamydia. Zo nodig verrichten we ook een erfelijkheidsonderzoek (karyotype en mucoviscidosedragerschap) op het bloed.

Bij de **vrouw** is het mogelijk om een foto van de baarmoeder te nemen (hysterosalpingografie) of om een kijkoperatie van de baarmoeder (hysteroscopie) of van de buikholte (laparoscopie) uit te voeren. Ook de kwaliteit van het baarmoederhalslijm kan nagekeken worden.

Verminderde vruchtbaarheid bij de **man** is vaak (mee) verantwoordelijk voor het vruchtbaarheidsprobleem. Hiervoor werkt het CRG samen met de diensten urologie en endocrinologie. Het sperma van de man wordt grondig onderzocht op alle mogelijke parameters, waaronder sinds kort de DNA-integriteit via de DNA-fragmentatietest.

Daarnaast onderzoeken we in het bloed de hormonen, infectieziekten en soms ook erfelijkheidsziekten om de oorzaak van het vruchtbaarheidsprobleem te achterhalen. Bij mannen die geen zaadcellen in hun ejaculaat hebben wordt onderzocht of er toch nog productie is in de testikel. In dat geval kunnen we deze onvruchtbare mannen toch helpen met TESE (zie 4.12). Indien er een oorzaak wordt gevonden kan een behandeling met medicatie (ontstekingsremmers, antibiotica, hormonen ...) of een operatie (herstel na sterilisatie, wegname van spataders ...) een belangrijke verbetering brengen. Helaas wordt er vaak geen duidelijke oorzaak gevonden.

Het is dan doeltreffender de vrouwelijke cyclus te optimaliseren en te volgen via cyclusmonitoring, zodat sperma en eicel samen komen op het juiste tijdstip en in optimale omstandigheden.

We verrichten alle onderzoeken zo snel mogelijk om de oorzaken en de behandelingsmogelijkheden tijdens uw volgende raadpleging te kunnen bespreken. Uw huisarts en/of verwijzende arts wordt op de hoogte gebracht van de resultaten.

## 4. Behandelingsmogelijkheden

Op basis van uw dossier en de oppuntstelling bepalen we met u de meest geschikte behandeling(en), in functie van de duur van het vruchtbaarheidsprobleem en uw leeftijd. Als erkend B-centrum verricht het CRG alle infertiliteitsbehandelingen, ook de meest geavanceerde.



### 4.1 Geassisteerde natuurlijke conceptie

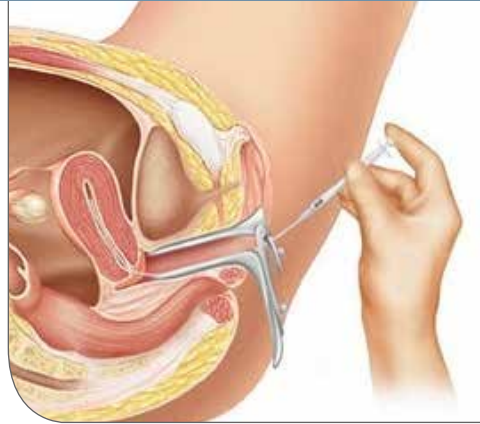
Bij sommige vrouwen moet de cyclus opgevolgd of 'gemonitord' worden. We bepalen het meest gunstige tijdstip voor betrekkingen, door de hormonen in het bloed te onderzoeken en met behulp van vaginale echografie. Dit noemen we 'timed intercourse' of TI.

### 4.2 Intra-uteriene inseminatie met eigen sperma (IUI)

Als de zaadcellen lichte afwijkingen vertonen, brengen we het sperma van de partner in de baarmoeder met een fijne katheter (een dun buisje). Dat gebeurt rond het ogenblik van de eisprong. Voorwaarde is dat minstens één van de eileiders doorgankelijk is en dat er voldoende beweeglijke zaadcellen zijn. Het sperma wordt eerst 'gewassen' omdat het voorbij het baarmoederhalslijm - waar dit normaal gebeurt - wordt gebracht. De slaagkansen liggen rond 10% per cyclus.

### 4.3 Intra-uteriene inseminatie met donorsperma (IUI/KID)

Donorsperma is aangewezen als de man geen of te weinig zaadcellen aanmaakt (bv. Sertoli cell-only syndroom), als de man drager is van een erfelijke aandoening, of bij lesbische koppels en alleenstaande vrouwen. De donoren worden vooraf zorgvuldig gescreend.



Na uw eerste afspraak bij de gynaecoloog gaat u langs bij een arts voor psychoseksuele en sociale counseling. Vervolgens bespreekt het artsenteam of u de behandeling kunt starten. Als uw dossier goedgekeurd werd, gaat u opnieuw langs bij de gynaecoloog, die de nodige onderzoeken aanvraagt. Als deze achter de rug zijn en besproken werden, start de behandeling op de afgesproken datum.

### 4.4 Stimuleren van eierstokken en eisprong

#### Folliculaire stimulatie en ovulatie inductie

Soms blijft een spontane eisprong (ovulatie) uit. Vier belangrijke hormonen regelen de eisprong. FSH (follikel stimulerend hormoon) stimuleert de groei en rijping van follikels (eiblaasjes) in de eierstokken, en zorgt ervoor dat de follikels oestrogenen aanmaken. LH (luteïniserend hormoon) zorgt voor de eisprong (ovulatie) zelf. Na de eisprong komt progesteron vrij, dat het baarmoederslijmvlies voorbereidt op eventuele innesteling. De samenwerking tussen deze hormonen is essentieel voor de eisprong en een toekomstige zwangerschap.



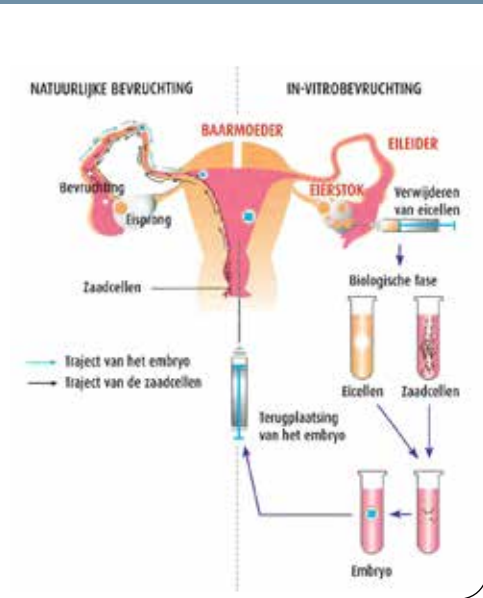
Als een spontane eisprong uitblijft, dan kan het opwekken ervan vergemakkelijkt worden via een operatie (ovariële drilling) of met medicatie (hormonen). Omdat meerdere eicellen tegelijk de kans op zwangerschap verhogen, kan de eierstok extra gestimuleerd worden (superovulatie), zelfs bij vrouwen met een normale eisprong. Hoeveel en welke medicatie u nodig hebt, bespreekt u met de arts in functie van uw leeftijd, de duur en de oorzaak van het vruchtbaarheidsprobleem.

Een hormonaal gestimuleerde cyclus moet nauwkeurig opgevolgd worden. Daarom bekijken we de hormonale waarden in het bloed en worden een of meerdere vaginale echografieën uitgevoerd.

#### **4.5 Operaties van eileiders, eierstokken en baarmoeder via endoscopie of microchirurgie**

Sinds de komst van IVF (in-vitrofertilisatie) komen hersteloperaties (microchirurgie) van eileiders minder vaak voor, maar ze zijn nuttig om sterilisaties of vergroeiingen ongedaan te maken. Sommige hersteloperaties worden via een kijkoperatie verricht (laparoscopie), waardoor u minder lang in het ziekenhuis moet blijven.

Ook reconstructieve heelkunde van de eierstokken (bv. bij endometriose of bij ernstige vergroeiingen) kan vaak endoscopisch gebeuren. Tot de mogelijkheden behoren ook een kijkonderzoek van de baarmoeder (diagnostische hysteroscopie) en het opereren van afwijkingen zoals fibromen, poliepen, vergroeiingen en tussenschotten (operatieve hysteroscopie).



## 4.6 In-vitrofertilisatie (IVF) en intracytoplasmatische sperma injectie (ICSI)

Bij in-vitrofertilisatie, letterlijk 'in-glasbevruchting', gebeurt de bevruchting niet in de eileider, maar in een schaalteje in het laboratorium. In dat schaalteje worden de zaadcellen toegevoegd aan de verzamelde eicellen. Bij **IVF** worden de zaadcellen in het schaalteje bij de eicellen gebracht. Bij **ICSI** wordt elke eicel in het schaalteje rechtstreeks geïnjecteerd met één zaadcel. De kans op een zwangerschap bedraagt gemiddeld 30% per cyclus.

### Procedure

IVF/ICSI bestaat uit 3 fasen: het opwekken en verkrijgen van de eicellen (stimulatie en pick-up), het labo-gebeuren met de eigenlijke in-vitrofertilisatie en de embryo-terugplaatsing (transfer).

#### 4.6.1 Stimulatie en pick-up

De natuurlijke menstruatiecyclus wordt tijdelijk vervangen door een medisch gecontroleerde cyclus. Daarbij krijgt de vrouw hormonen om de eierstokken te stimuleren en verschillende follikels te laten rijpen. De stimulatie wordt opgevolgd met bloedafnames en echografieën. Na een 10-tal dagen met hormonale inspuitingen zijn de eiblaasjes (follikels) groot genoeg en kunnen de rijpe eicellen geoogst worden. De eicellen worden bekomen (pick-up of aspiratie) met een fijne, holle naald via een vaginale punctie onder echografie en plaatselijke verdoving. Dit gebeurt tijdens een dagopname. Indien aangewezen zijn sedatie, algemene verdoving of hypnose mogelijk.



#### **4.6.2 In-vitrofertilisatie**

In het labo worden de zaadcellen van de partner of zo nodig een donor toegevoegd aan de eicellen. Het schaaltje wordt in een broedstoof geplaatst om bevruchting en deling toe te laten. De dag na de pick-up kijken we met de microscoop of en hoeveel eicellen bevrucht zijn. Dat zien we als er twee kernen (pronuclei) aanwezig zijn. De bevruchte eicellen (zygoten) gaan weer in de broedstoof om ze verder te laten delen. Zo ontstaat er na nogmaals 24 uur een ongeveer viercellig embryo. Na de volgende 24 uur verkrijgt men een meercellig embryo, waarna het aantal cellen ontelbaar wordt. Na 5 dagen cultuur (maximumtijd voor terugplaatsing) kan er een blastocyst ontstaan.

### 4.6.3 Embryo transfer

Eén of meerdere embryo's worden in de baarmoeder geplaatst (de 'embryotransfer') op de 2<sup>de</sup>, 3<sup>de</sup> of 5<sup>de</sup> dag na de eicelaspriatie. Dit gebeurt met een fijne katheter die via de baarmoederhals tot in de baarmoederholte wordt gebracht. Daar word(t)/ (en) de embryo('s) in een klein druppeltje vloeistof achtergelaten. De procedure is pijnloos (zoals een normaal gynaecologisch onderzoek) en gebeurt zonder verdoving. Het aantal embryo's dat wordt teruggeplaatst is wettelijk bepaald en afhankelijk van uw leeftijd en het aantal pogingen. Zijn er meer goede embryo's tot ontwikkeling gekomen dan nodig, dan worden ze ingevroren voor eventueel later gebruik. Alle ingevroren embryo's blijven eigendom van het koppel en worden wettelijk tot 5 jaar bewaard.

## 4.7 Spermadonatie

Voor steeds meer alleenstaanden, lesbische koppels en koppels bij wie de man onvruchtbaar is, vormt spermadonatie een oplossing voor een onvervulde kindwens. Door de toenemende vraag is er een groot tekort aan spermadonoren.

Er gelden specifieke selectiecriteria voor spermadonoren. De donoren moeten tussen 18 en 40 jaar oud zijn en in goede gezondheid verkeren. Via bloedonderzoek sporen we bij de donor syfilis, hepatitis B en C, hiv op en screenen we op dragerschap van mucoviscidose (taaislijmziekte). Chlamydia wordt bij elke donatie in de urine nagekeken. We bepalen ook zijn bloedgroep en maken een chromosomenkaart op. De medische voorgeschiedenis en uiterlijke kenmerken van de donoren worden nauwgezet bijgehouden om een 'match' te vinden tussen donator en ontvanger. Uiteraard is de kwaliteit van het zaadstaal erg belangrijk. Door invriezing en bewaring kan de kwaliteit verminderen. Nauwgezette screening vóór en na de dooi is belangrijk om de beste donoren te selecteren. Volgens de wet kunnen de zaadcellen van één donator maximum zes verschillende vrouwen bevruchten.

## 4.8 Eiceldonatie en -acceptatie

Als er geen eicellen zijn door bv. een hormonale of erfelijke afwijking, kunnen donoreicellen uitkomst bieden. Donoreicellen kunnen ook de overdracht van bepaalde erfelijke afwijkingen voorkomen.

Kandidaat-donoren worden vooraf gescreend op infectieziekten zoals hepatitis B en C, syfilis, hiv en op erfelijke ziekten. De eierstokken van de donor worden hormonaal gestimuleerd. De patiënte die de eicellen zal ontvangen (acceptor) krijgt ook een hormonale behandeling om het baarmoederslijmvlies voor te bereiden. De eicellen van de donor worden verzameld zoals bij de klassieke IVF-procedure. De bevruchting gebeurt met sperma van de partner van de acceptor. Enkele dagen later worden de embryo's in de baarmoeder van de acceptor geplaatst. Soms worden de embryo's eerst ingevroren tot het baarmoederslijmvlies optimaal voorbereid is. Overtollige embryo's kunnen ook ingevroren en bewaard worden.

Donoreicellen zijn schaars en de wachtlijsten lang. Daarom kunnen koppels het best iemand in hun omgeving zoeken die bereid is om eicellen te doneren. Als op hetzelfde ogenblik een ander koppel met de procedure start, kunnen de donoreicellen indien gewenst omgewisseld worden (kruisdonatie), waardoor de anonimiteit bewaard blijft.

## 4.9 Embryodonatie

Als zowel zaadcellen als de eicellen van een koppel niet geschikt zijn, kan een beroep worden gedaan op donorembryo's die door koppels uit het IVF-programma werden afgestaan. Na een bewaarperiode van 5 jaar kunnen IVF/ICSI-koppels hun embryo's afstaan voor donatie aan een anoniem koppel. Hieraan gaat uitgebreide medische screening vooraf. De vrouw die de embryo's zal ontvangen krijgt hormonen om het baarmoederslijmvlies voor te bereiden op de innesteling van de embryo's.

## 4.10 Invriezen (cryopreservatie) van sperma (of testikelweefsel) en eicellen (of eierstokweefsel)

Het invriezen (cryopreservatie) van sperma wordt voornamelijk toegepast op donorsperma. Ook als chemotherapie, radiotherapie of heelkunde de zaadcelkwaliteit kan aantasten, kan men overwegen om ze vooraf in te vriezen. Ook de zaadcellen uit ingevroren testikelweefsel kunnen later een bevruchting realiseren via de ICSI-methode.

Sinds kort kunnen ook eicellen worden ingevroren door een nieuwe invriestechiek (vitrificatie) die beschadiging tijdens het invriezen en ontdooien voorkomt. Bij sommige patiënten kunnen stukjes eierstokweefsel (waarin onrijpe follikels aanwezig zijn) ingevroren worden. Dit om dezelfde reden als bij mannen.

## 4.11 Invriezen (cryopreservatie) van embryo's

Als er na de IVF-procedure nog goede embryo's overblijven, kunnen ze ingevroren worden (cryopreservatie). Niet alle embryo's overleven deze behandeling. Enkel de embryo's die de procedure goed doorstaan hebben, worden teruggeplaatst. Dit gebeurt in een spontane, een optimaal gestimuleerde of een gesubstitueerde (vervang-) cyclus. Dankzij vitrificatie geeft het terugplaatsen van ingevroren/ontdooide embryo's bijna evenveel kans op zwangerschap als de klassieke IVF-behandeling.

Alle ingevroren embryo's blijven eigendom van het koppel gedurende 5 jaar. Het koppel geeft via een apart toestemmingsdocument aan hoe het CRG na deze periode over de embryo's kan beschikken (bv. vernietigen, afstaan voor onderzoek of voor donatie).

#### **4.12 Behandeling van mannelijke onvruchtbaarheid via medisch geassisteerde fertilisatie (ICSI, TESE)**

Soms levert de klassieke IVF geen of weinig bevruchting op. Soms geraakt de zaadcel namelijk niet door het buitenste kapsel van de eicel. Met micromanipulatietechnieken kunnen we de zaadcellen hierbij helpen. Met een fijne glazen vlijmscherpe naald zuigen we de zaadcel op en spuiten ze in door de buitenste laag van de eicel tot in het cytoplasma (celvloeistof) zelf. Dit noemen we intracytoplasmatische sperma injectie (ICSI). De kans op bevruchting met deze techniek is dezelfde als met IVF.

ICSI levert goede resultaten op, maar moet met zorg ingezet worden. De vraag naar de oorzaak van mannelijke onvruchtbaarheid houdt vele wetenschappers bezig. Sommige mannen met zaadcelafwijkingen blijken een defect in het Y-chromosoom te hebben. Daardoor kan mannelijke onvruchtbaarheid soms overgedragen worden naar de mannelijke nakomelingen. Door zelf een zaadcel te selecteren, schakelen we een deel van de natuurlijke selectie uit. Onderzoek bij de inmiddels geboren 'ICSI'-baby's toont niet meteen een verhoogde kans op aangeboren afwijkingen aan.

Het ejaculaat van sommige mannen bevat geen zaadcellen door een afsluiting op de afvoerweg voor het sperma (obstructieve azospermie) (bv. na sterilisatie, infectie of door een aangeboren afwijking) of omdat ze te weinig zaadcellen aanmaken (secretoire azospermie). Dan kunnen chirurgisch vaak toch zaadcellen verkregen worden door aspiratie van de teelbal (TESE-techniek). De aldus bekomen zaadcellen kunnen enkel gebruikt worden voor ICSI.

### 4.13 Preïmplantatiediagnostiek

Om welbepaalde erfelijke aandoeningen bij de embryo's op te sporen, dient het embryo gebiopteerd te worden, waarbij we één tot enkele cellen van het embryo wegnemen voor genetisch onderzoek. Momenteel gaat dit mogelijk gepaard met verminderde implantatiekansen en kan enkel een beperkt aantal goed omschreven genetische defecten worden opgespoord. Deze technieken maken momenteel enorme ontwikkelingen door. Daardoor kunnen binnenkort meer afwijkingen worden opgespoord. Zelfs een chromosomenscreening zou tot de mogelijkheden kunnen behoren. Uiteraard kan dit enkel op medische indicatie en in overleg met de dienst medische genetica.

### 4.14 Embryobehandeling: assisted hatching en glue

Bij assisted hatching maken we met de laser een opening in het buitenste kapsel van het embryo, zodat het beter kan openbarsten als onderdeel van de natuurlijke hatching, in de hoop dat het zich nadien vlotter kan inplanten. 'Embryo Glue' is een natuurlijk polymeer dat voorkomt in het baarmoederslijmvlies. Het vormt een soort omhulsel rond het embryo en heeft licht klevende eigenschappen. Deze technieken kunnen ingezet worden als het inplanten van embryo's meermaals mislukte zonder duidelijke reden.



## 5. Veelgestelde vragen

### ***Is mijn leeftijd van belang?***

Ja, uw leeftijd speelt een rol. Bij vrouwen neemt de vruchtbaarheid licht, maar geleidelijk af na de 30. Vanaf 37 jaar neemt ze sterk af. Ook de kans op een miskraam neemt dan sterk toe. Daarom richt het CRG zich naar de maximumleeftijd van 43 jaar. Ook bij mannen blijkt leeftijd een rol te spelen, met een vermoedelijke verslechtering rond 40-45 jaar. De risico's van man en vrouw dienen ook cumulatief te worden beschouwd.

### ***Wat zijn onze zwangerschapskansen?***

Een concreet antwoord hierop kunnen we niet geven omdat dit bij elk koppel anders is. De kans hangt af van de reden van onvruchtbaarheid, de leeftijd en de toegepaste behandelingstechniek. Ook bij uitblijven van een zwangerschap na één of meerdere pogingen is er nog kans. Volhouden kan daarom belangrijk zijn!

### ***Hoelang kunnen we doorgaan?***

Deze vraag moet voor elk koppel afzonderlijk bekeken worden. Ook hier zijn de leeftijd en de oorzaak van de onvruchtbaarheid van belang, alsook het resultaat van de opeenvolgende pogingen.

### ***Wat is de kostprijs van de hele behandeling?***

IVF/ICSI is terugbetaald door het RIZIV voor 6 cycli. De arts vult een attest in om de terugbetaling aan te vragen. Dit betekent niet dat er voor de patiënt geen kosten aan verbonden zijn. De remgelden schommelen tussen de 300 tot 500 euro. Voor buitenlandse patiënten geldt een andere regeling. IUI wordt ook terugbetaald door het RIZIV. Hiervoor betaalt u tussen de 200 en 300 euro remgeld.

## 6. Administratieve regelingen

### Toestemmingsformulieren

Vóór u met een behandeling start, krijgt u een aantal toestemmingsformulieren die de belangrijke aspecten van de behandeling dekken. Ze lichten u nog eens uitvoerig in over de behandeling en de gevolgen. U kunt er ook uw wensen over invriezing, overtollige embryo's en andere aspecten van de behandeling in aangeven.

### Intakegesprek

Voor u met een IVF/ICSI, IUI of KID start, hebt u een uitgebreid gesprek met onze vroedvrouw/verpleegkundige. Tijdens dit gesprek komen veel zaken aan bod:

- Bespreken van de onvruchtbaarheid
- Uitgebreid en duidelijk behandelingsschema
- Medicatie
- Kostprijs
- Risico's
- Toestemmingsformulieren
- Allerlei praktische zaken

De verpleegkundige/vroedvrouw begeleidt u ook door het hele proces. Bij hen kunt u altijd terecht met al uw vragen.

### Wetgeving

België heeft een vooruitstrevende wetgeving i.v.m. Medisch Begeleide Bevruchting (MBV). U kunt deze raadplegen via <http://justitie.belgium.be>

- **15 februari 1999.** KB houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's 'reproductieve geneeskunde' moeten voldoen om erkend te worden
- **6 juli 2007.** Wet betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten.



# Contact

## **Tijdens de openingsuren:**

elke werkdag tussen 8 en 12 uur en tussen 13 en 17 uur

Secretariaat CRG: tel. 03 821 36 84, e-mail [reproductievegeneeskunde@uza.be](mailto:reproductievegeneeskunde@uza.be)

## **Buiten de openingsuren – enkel voor dringende zaken:**

in het weekend tussen 9 en 10 uur 's morgens: tel. arts/verpleegpost: 03 821 30 83

buiten deze uren: contacteer de assistent-gynaecoloog van dienst via  
tel. 03 821 40 56.

*Deze brochure bevat algemene informatie en is bedoeld als aanvulling op het gesprek met uw zorgverlener.*

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem

Tel +32 3 821 30 00 / [www.uza.be](http://www.uza.be)

Volg ons op facebook  en twitter 



Het UZA draagt het JCI-label  
voor veilige en kwaliteitsvolle zorg.

