

Sticker kind	Gegevens of sticker moeder Naam: _____ Geboortedatum: _____ BSN: _____ Adres: _____ Postcode: _____ Woonplaats: _____
---------------------	--

Voor obducent extra gevaar voor besmetting wegens

Hepatitis B/C _____
 HIV _____
 TBC _____
 Anders, nl. _____

Overlijden

Datum overlijden _____ Tijdstip overlijden _____

Intra-uterien
 Durante partu
 Postpartum
 Zwangerschapsafbreking

AD bij vaststellen IUVD: _____
AD bij partus: _____
Datum partus: _____

Natuurlijke dood
 Niet-natuurlijke dood, lichaam vrijgegeven
 N.v.t. (dood geboren kind bij <24 weken AD of levend geboren kind jonger dan 24 weken AD en overleden binnen 24 uur)

Orgaandonatie

Ja, nl. _____
 Nee _____

Toestemming / wensen ouders

Toestemming voor obductie werd verkregen van (naam + handtekening): _____

Relatie met overleden: Ouder(s) Anders, nl. _____

Toestemming nabestaanden voor obductie en indien nodig langer bewaren van organen voor nader onderzoek.
 Wel / geen toestemming schedelsectie (doorhalen wat niet van toepassing is)

Wensen ouders: *doorhalen wat niet van toepassing is

Wel / geen* afstand (mogelijk tot 24 weken AD). Indien wel, afstandsverklaring meesturen. Nog onbekend
 Wel / niet* kind na obductie nog zien Nog onbekend
 Wel / niet* kind mee naar huis nemen Nog onbekend
 Specifieke wensen: _____

Obstetrische voorgeschiedenis

G _____ P _____ A _____ APLA: _____
EUG: _____ MOLA: _____
Bijzonderheden _____

Algemene voorgeschiedenis

Bijzonderheden _____

Familie anamnese

Aangeboren afwijkingen: onbekend Nee Ja, nl. _____
Consanguiniteit onbekend Nee Ja, nl. _____

Huidige graviditeit

- Spontaan
- Geassisteerde fertilisatie, nl. _____

Partus (omcirkel)

Ongecompliceerd / stuitbevalling / schouderdistocie / vacuüm / forceps / primaire CS / secundaire SC / navelstrengprolops / anders, nl. _____

Geboortegewicht _____ gram

Conditie kind

Resuscitatie na bevalling nee Ja, nl. _____
APGAR 1': _____ 5': _____ 10': _____
NS pH veneus: _____ BE: _____
NS pH arterieel: _____ BE: _____

Maternale ziekten (omcirkel)

Preexistente hypertensie / PIH / PE / HELLP / diabetes type I / diabetes type II / zwangerschapsdiabetes / abruptio / vaginaal bloedverlies / uterusruptuur / polyhydramnion / oligohydramnion / PPRM / klinische chorioamnionitis / Overig, nl. _____

Foetale ziekte (omcirkel)

Congenitale afwijking / hydrops foetalis / LGA / SGA / meconiumhoudend vruchtwater / foetale nood antepartum / Foetale nood intrapartum / overig, nl. _____

Neonatale ziekte (omcirkel)

Vroege infectie / late infectie / pneumonie / meningitis / sepsis / MOF / IRDS / longhypoplasie / persisterende pulmonale hypertensie / NEC / periventriculaire leukomalaci / hypoxische ischemische encephalopathie / meconium aspiratie syndroom / overig, nl. _____

Reden opname moeder en/of kind: _____

Klinisch beloop, diagnostiek en therapie: _____

Klinische doodsoorzaak: _____

Reeds verricht:

Echografisch onderzoek (SEO / GUO):	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, kopie uitslag meesturen
Consult klinische genetica:	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, kopie consultformulier meesturen
Genetische diagnostiek:	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, uitslag _____
Weefsel veiliggesteld t.b.v. fibroblastenkweek	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, nl. _____
Röntgen (babygram)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja _____
MRI:	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja _____
Placenta onderzoek:	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja _____
Overige diagnostiek:	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, nl. _____

Vraagstelling: _____

Aanvrager

Aanvrager: _____ Albert Schweitzer Ziekenhuis **Handtekening**
AGB code: _____ RIVAS Zorggroep
Telefoonnummer: _____ Datum: _____