

<b>Sticker kind</b>	<b>Gegevens of sticker moeder</b> 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 AD bij vaststellen IUVD: \_\_\_\_\_

Durante partu AD bij partus: \_\_\_\_\_

Postpartum Datum partus: \_\_\_\_\_

Zwangerschapsafbreking

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: \_\_\_\_\_