

OVERDRACHT VERLOSKUNDIGE NAAR KRAAMZORG

GEGEVENS MOEDER		GEGEVENS PARTNER	
Geboortenaam:		Naam:	
Voorletters:		Werkzaam:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Geboortedatum:			
Burgerlijke staat:			
Werkzaam:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		

ADRESGEGEVENS		GEGEVENS KIND	
Straat:		Naam kind:	
Postcode:		Geboortedatum:	Tijdstip:
Woonplaats:		Geslacht:	<input type="checkbox"/> Jongen <input type="checkbox"/> Meisje
Telefoonnummer:		Hoeveelste kind	
		Voeding:	<input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> KV <input type="checkbox"/> Gemengd

BEVALLING		KIND	
Zw.Duur:	Bloedgroep:	Prematuur/ Dysmatuur/ á Terme/ Serotien	
Partus:	thuis/ geboortecentrum/ klinisch	Problemen 1 ^e 24 uur:	
Reden:		Stuitligging laatste trimester: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
	Spontaan/vacuüm/forceps/sectio		
Vruchtwater:	kleurloos/geelgroen/dik meconium	Geboortegewicht:	gram
Placenta compleet/incompleet	Tijdstip:	Apgarscore 1 min:	Apgarscore 5 min:
Ontsluitingsduur:		Temp. PP	
Uitdrijvingsduur:			
Ligging kind:		Geürineerd:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Bijzonderheden partus:		Meconium gehad:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Medicatie tijdens partus:		Testis ingedaald:	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Bloedverlies ml.		Vit. K toegediend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Episiotomie / ruptuur		Aangeboren afwijkingen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Besneden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee		
Hechtingen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Controle kinderarts:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Anti D gegeven:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> n.v.t.	Naam kinderarts:	
Bevalling olv:		Reden:	
Praktijk:			

POST PARTUM MOEDER			
Geürineerd:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Aangelegd binnen een uur na de geboorte:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Stand uterus:		Bijzonderheden:	
Gecontraheerd:			
Vloeien:			
Temperatuur/pols:			
Tensie:			
Medicatie:			
Bijzonderheden:			

OVERDRACHT KRAAMZORG NAAR JEUGDGEZONDHEIDSZORG

ZIEKENHUISOPNAME KIND		
Opnamedatum en tijd:	om	uur
Reden opname:		
Ontslagdatum en tijd: om uur		
VOEDING		
Voeding 1 ^e dag	<input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> KV <input type="checkbox"/> gemengd	
Voeding 8 ^e dag	<input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> KV <input type="checkbox"/> gemengd	Herindicatie Kraamzorg:
Hoeveelheid per 24 uur		Reden:
Aantal voedingen:		Hielprik: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Datum:
Laagste gewicht:		Vitamine K <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Gewicht bij afsluiting kraamzorg:		Vitamine D <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Bijzonderheden:		Bijzonderheden:

OBSERVATIES KRAAMTIJD	AFSLUITING KRAAMBED
Navel eraf: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Bijz.:	Verloop vloeien:
Huilgedrag:	Uterusstand:
SBS besproken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Film getoond: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Temperatuurverloop:
Slaapedrag:	Medicatie:
Overige:	Bijzonderheden moeder:

VRAGEN MBT BORSTVOEDING	SOCIALE ANAMNESE/AANDACHTSPUNTEN:
Aangelegd binnen een uur na de geboorte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Taalvaardigheid: moeder/vader/beiden
Ondersteuning borstvoeding gewenst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Baby gaat zonder moeite aan de borst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Woonomstandigheden
Moeder kent de voedingshoudingen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Hechting binnen gezin
Moeder kan zelfstandig aanleggen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Baby krijgt afgekolfde moedermelk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Stabiliteit gezinssituatie
Borsten worden goed leeggedronken <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Psychisch welbevinden moeder
Harde plekken na het drinken: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Werkzaam <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Moeder heeft pijnklachten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Roken, alcohol, drugs bijzonderheden:
Moeder maakt gebruik van borstkolf: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	

VROEGSIGNALERING	ACTIEF BETROKKEN HULPVERLENERS
Is er contact geweest met hulpverleners in het kader van vroeg signalering: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Huisarts: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	Mantelzorg: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	Professionele hulpverlening: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Naam organisatie:	Functie hulpverlener:
Functie:	Telefoonnummer:
Telefoonnummer:	Acties:
Email:	
Reden:	
Terugkoppeling gewenst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Terugkoppeling naar verloskundigen gewenst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Versnelde zorginzet aangevraagd <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Praktijk: Telefoonnr:
Naam:	

Ingevuld door kraamverzorgende	
Naam:	Datum:
Naam organisatie:	Telefoonnummer/e-mail:
Handtekening:	Toestemming overdracht: