

OVERDRACHTSFORMULIER ziekenhuis naar TOP-kinderfysiotherapeut
Zeer prematuren (< 32 weken en/of < 1.500 gram)



Aan

TOP-kinderfysiotherapeut

Huidige datum

Van

Naam verwijzend zorgprofessional

Functie

Organisatie

Contactgegevens

(voor uitwisseling verslagen)

Betreft

Naam kind

Geboortedatum

BSN

Adres en huisnummer

Postcode en woonplaats

Contactgegevens ouder

E-mailadres

Telefoonnummer

Medische voorgeschiedenis en onderzoeksbevindingen

Zwangerschapsduur	_____ wk _____ dagen	Aterme datum	_____
Geboortegewicht	_____ gram	Apgar-score	____/____/____ (1/5/10 min)
Meerlingzwangerschap	☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend	Afwijkingen ALGO-screening	☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend ☐ Mislukt
BPD	☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend	> 36 weken PMA zuurstof	☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend
PVL ≥ graad 2	☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend	IVH III, IV	☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend

Opname

Geboorteziekenhuis

Perifeer ziekenhuis

Perifeer ziekenhuis 2

Ontslagdatum _____

Ontslagdatum _____

Ontslagdatum _____

Bijzonderheden (zoals bijzonderheden zwangerschap moeder, overlijden bij meerling, complicaties):

Situatie bij ontslag

Gewicht bij ontslag _____ gram ☐ Onbekend

Naar huis met sondevoeding ☐ Ja ☐ Nee

Voeding ☐ Moedermelk ☐ Kunstvoeding ☐ Combinatie

Bijzonderheden voeding**Medicatie****Bevindingen/begeleiding klinische kinderfysiotherapie/andere zorgprofessionals****Andere ingeschakelde zorg thuis (inclusief contactgegevens indien bekend)****Overige bijzonderheden (bijvoorbeeld sociale problematiek, taal ouders, aanwezigheid netwerk)**