

OVERDRACHTSFORMULIER ziekenhuis naar TOP-kinderfysiotherapeutMatig en laat prematuren (32 t/m 36 ^{6/7} weken en ≥ 1.500 gram)Check op www.top-eop.nl/top-programma/voor-verwijzers of het TOP-programma wordt vergoed.**Aan**

TOP-kinderfysiotherapeut _____

Huidige datum _____

Van

Naam verwijzend zorgprofessional _____

Functie _____

Organisatie _____

Contactgegevens _____

(voor uitwisseling verslagen) _____

Betreft

Naam kind _____

Geboortedatum _____

BSN _____

Zorgverzekeraar _____

Adres en huisnummer _____

Postcode en woonplaats _____

Zwangerschapsduur _____ wk _____ dagen	Aterme datum _____
Geboortegewicht _____ gram	Apgar-score ____/____/____ (1/5/10 min)
Meerlingzwangerschap ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend	Afwijkingen ALGO-screening ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend ☐ Mislukt
SGA* ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend * gewicht <2 SD t.o.v. zwangerschapsduur	Regulatieproblemen* ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend * problemen met gedragsorganisatie, (motorische) regulatie, (motorische) onrust, huilen of slapen
Medische complicaties ☐ Nee ☐ Ja, namelijk: ☐ BPD ☐ >36 weken PMA zuurstof ☐ PVL $\geq$ graad 2 ☐ IVH III, IV ☐ Infecties ☐ Anders, namelijk: _____	

Opname

Geboorteziekenhuis _____

Ontslagdatum _____

Vervolg ziekenhuis _____

Ontslagdatum _____

Vervolg ziekenhuis 2 _____

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

Nazorgtraject kind (follow-up indien bekend)

Andere ingeschakelde zorg thuis (inclusief contactgegevens indien bekend)

Overige bijzonderheden (bijvoorbeeld sociale problematiek, taal ouders, aanwezigheid netwerk)