



Verloskundig Samenwerkings- Verband 's- Hertogenbosch e.o.

Overdracht van gegevens tijdens zwangerschap en na de geboorte

Geachte mevrouw,

Tijdens uw zwangerschap en na de geboorte van uw kind vragen verschillende zorgverleners persoonlijke informatie van u. Zij doen dit om samen met u zo vroeg- en zo goed mogelijk uw situatie in beeld te brengen. Op die manier signaleren zij ook eventuele risico's of problemen voor de zwangerschap, bevalling of voor het opvoeden van uw kindje. Zo nodig zoekt een zorgverlener samen met u naar eventuele hulp of oplossingen.

Om te voorkomen dat verschillende zorgverleners u steeds opnieuw dezelfde vragen stellen, ontwikkelden zorgorganisaties in de regio Den Bosch een gezamenlijk overdrachtsformulier: het persoonlijk dossier van uw (ongeboren) kind.

Hoe werkt het?

- De gegevens binnen de witte blokken van dit dossier vult u zelf in. Het dossier neemt u bij de volgende afspraak met de verloskundige mee. Vul de vraag niet in indien u deze niet wilt invullen of liever mondeling bespreekt.
- Neem dit dossier mee als u in verband met uw zwangerschap of na de geboorte van uw kind een afspraak heeft met andere zorgverleners. Indien nodig vragen zij u naar (bijzonderheden uit) dit dossier en nemen in overleg met u de informatie over.
- Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.
- Na de geboorte van uw kind vult u samen met de verloskundige, de kraamverzorgende of de verpleegkundige van het ziekenhuis de gekleurde vakken in.
- Eventuele extra gegevens, zoals het verslag van de geboorte, worden toegevoegd en/of via zorgmail door gemaïld naar de jeugdgezondheidszorg van de GGD Hart voor Brabant.
- De jeugdverpleegkundige van de GGD zal aan u vragen of ze het dossier mee mag nemen. U kunt natuurlijk een kopie maken om zelf te bewaren.

Heeft u vragen over dit formulier dan kunt u deze met uw verloskundige bespreken.

Aan deze samenwerking rondom zwangerschap en bevalling doen de volgende organisaties mee:
Coöperatie verloskundigen 's-Hertogenbosch
Jeroen Bosch ziekenhuis
Kraamzorgorganisaties (IVT kraamzorg en Welkom kraamzorg hebben meegewerkt aan de pilot)
GGD Hart voor Brabant



Verloskundig Samenwerkings- Verband 's- Hertogenbosch e.o.

Omdat wij benieuwd zijn naar uw mening over de overdracht vragen wij u om onderstaande vragen te beantwoorden. U kunt ze meegeven aan de jeugdverpleegkundige van de GGD hart voor Brabant die na afloop van de kraamperiode contact met u opneemt.

	GOED	NIET GOED	EVT OPMERKING
Wat vindt u van het gebruik van één overdrachtdossier door alle zorgverleners in de geboortezorg?.			
Wat vindt u ervan dat zorgverleners - met uw toestemming- gegevens onderling uitwisselen?			
Wat vindt u ervan dat u, als ouder, eigenaar bent van het persoonlijk dossier?			
Vindt u dat zorgvuldig met uw gegevens is omgegaan?			
	JA	NEE	EVT OPMERKING
Heeft u problemen ervaren met het invullen van het dossier?			

Heeft u nog een opmerking of tip voor ons?

.....



Verloskundig Samenwerkings- Verband 's- Hertogenbosch e.o.

PERSOONLIJK DOSSIER (ONGEBOREN) KIND

De vakken 1 tot en met 6 kunt u zelf invullen

1. Algemene gegevens

Wat is uw naam (moeder)? _____
Wat is uw geboortedatum? _____
Wat is uw Burgerservicenummer (BSN) ? _____
Wat is de naam van uw partner? _____
Is uw partner de biologische vader? 0 nee 0 ja
Wat is uw Adres? _____

Telefoonnummer _____ mobiel _____
E-mailadres _____

2. Gezinsamenstelling (voor en achternaam en geboortedatum)

Wonen alle gezinsleden de gehele week bij u?
0 ja 0 nee, want _____

3. Uw algemene gezondheid (moeder)

Hoe is uw gezondheid? _____
Heeft u chronische klachten/ziekten? 0 nee 0 ja, nl. _____
Bent u allergisch? 0 nee 0 ja, nl. _____
Gebruikt u medicijnen? 0 nee 0 ja, nl. _____

Rookt u? 0 nee 0 ja, nl. _____
Gebruikt u Alcohol ? 0 nee 0 ja, nl. _____
Gebruikt u Drugs? 0 nee 0 ja, nl. _____

Wordt er (door anderen) in huis gerookt?
0 nee, er wordt nooit gerookt 0 nee, nooit als er een kind bij is 0 ja

Welke ziektes /chronische klachten komen in uw familie voor?:

0 aangeboren afwijkingen 0 Allergie 0 Astma/COPD 0 Diabetes 0 Dyslexie
0 Eczeem 0 Epilepsie 0 Heupafwijkingen 0 Oogafwijkingen 0 Slechthorendheid
0 Spierziekte 0 Verstandelijke handicap 0 Sikkkelcelanemie 0 Anders _____

Bij welk familielid? _____

Heeft u nu of in het verleden last gehad van psychische klachten?

Heeft u in het verleden vervelende seksuele ervaringen gehad?

Eventuele aanvullende informatie: _____

4. Zwangerschapsgegevens

Is dit uw eerste zwangerschap? 0 ja 0 nee , nl. _____ (aantal zwangerschappen)

Wordt dit uw eerste bevalling? 0 ja 0 nee, nl. _____ (aantal bevallingen)

Heeft u ooit een miskraam of abortus gehad? 0 nee 0 ja

Eventuele aanvullende informatie

5. Algemene gezondheid partner

Hoe is uw gezondheid? _____

Heeft u chronische klachten/ziekten? 0 nee 0 ja, nl. _____

Bent u allergisch 0 nee 0 ja, nl. _____

Gebruikt u medicijnen? 0 nee 0 ja, nl. _____

Heeft u nu of in het verleden last gehad van psychisch klachten?

Rookt u? 0 nee 0 ja, nl. _____

Gebruikt u Alcohol? 0 nee 0 ja, nl. _____

Gebruikt u Drugs? 0 nee 0 ja, nl. _____

Welke ziektes/ chronische klachten komen in uw familie voor?:

0 Aangeboren afwijkingen 0 Allergie 0 Astma/COPD 0 Diabetes 0 Dyslexie
0 Eczeem 0 Epilepsie 0 Heupafwijkingen 0 Oogafwijkingen 0 Slechthorendheid
0 Spierziekte 0 Verstandelijke handicap 0 Sikkkelcelanemie 0 Anders _____

Bij welk familielid? _____

Eventuele aanvullende informatie: _____

6. Sociale gegevens

Welke taal spreekt u thuis? 0 Nederlands 0 anders nl. _____
Vindt u uw huis/ buurt veilig voor kinderen? 0 ja 0 nee want _____
Heeft u en/of uw partner betaald werk? 0 ja 0 nee 0 één ouder is werkzaam?
Zijn er bijzonderheden met uw andere kinderen? 0 niet van toepassing 0 nee 0 ja _____
Verleent u of uw partner mantelzorg? 0 nee 0 ja _____

Vak 7 vult uw verloskundige/gynaecoloog in

7. Verloop zwangerschap en geboorte

0 Zie partusverslag

Prenatale zorg door _____
Verloop zwangerschap (problemen, risicofactoren, complicaties, consulten, overdracht) _____
Overig _____
Zwangerschapsduur _____ weken _____ dagen
Consult, overdracht inclusief reden (moeder) _____
Ontsluitingsduur _____ uren _____ minuten
Uitdrijvingsduur _____ minuten
Gemeente waar kind geboren is _____
Plaats geboorte kind _____
Wijze geboorte _____
Ligging _____
Bloedverlies pp. Hoeveelheid: _____ ml
Overige relevante gegevens _____
(bv bijzonderheden bloeduitslagen moeder) _____

Vak 8 t/m 10 kunt u samen met uw kraamverzorgende invullen

8. Kind

Naam/achternaam _____
Geslacht 0 mannelijk 0 vrouwelijk 0 niet gespecificeerd
Geboortedatum/tijdstip _____
Bijzonderheden eerste 24 uur (temperatuur, ademhaling, drinken) _____
Bijzonderheden eerste week _____
Bijzonderheden huilgedrag _____
Bijzonderheden slaapedrag _____
Icterus bilirubine bepaling verricht 0 nee 0 ja, uitslag: _____
Laagste gewicht (op welke dag) _____ gram _____ datum
Gewicht achtste dag: _____ gram
Hielprik verricht 0 nee 0 ja, datum _____
Gehoorscreening 0 nee 0 ja, datum _____
0 voldoende/ onvoldoende
Bijzonderheden met betrekking tot de navel _____
Huisarts betrokken? 0 nee 0 ja, reden _____

9. Eventuele aanvullingen kraamtijd

Interactie binnen gezin (observatie) 0 goed 0 niet goed _____

Inschatten balans draagkracht-draaglast **Besproken** 0 Nee 0 ja
In balans 0 Ja 0 Nee
Evt. Opmerkingen:

Overige bijzonderheden _____

10. Gegeven Voorlichting

Shaken Baby 0 besproken met film
0 besproken zonder film
0 niet besproken vanwege _____

Vak 11 vult de verpleegkundige van het ziekenhuis in, indien van toepassing

11. Kinderen met ziekenhuisopname **0 zie verpleegkundige overdracht**

Schedelomtrek ontslag _____ cm
Huilgedrag _____
Motorisch gedrag _____
Fysiotherapie, hanteringadviezen gehad 0 nee 0 ja
Logopedie gehad 0 nee 0 ja
Bijzonderheden ten aanzien van defecatie _____
Bijzonderheden ten aanzien van het drinken _____
Oogcontrole 0 nee 0 ja, datum _____
Controle kinderarts datum _____
Vaccinatie volgens schema 0 nee 0 ja
Eventuele andere bijzonderheden: _____

Eventuele opmerkingen:

Vak 12 wordt zowel door de verpleegkundige van het ziekenhuis als door de kraamverzorgende ingevuld
12 Voeding gerelateerde vragen

Soort voeding (borstvoeding, kunstvoeding, beide) _____		
Hoeveel en hoe vaak _____		
Vit d Advies gegeven ja/nee _____		

<i>Vragen alleen van belang voor borstvoeding</i>		
Borstvoedingsoverdracht	<i>Vertrek Jeroen Bosch Ziekenhuis</i> Datum: _____ gewicht _____ Ingevuld door: _____ Afdeling: _____	<i>Vertrek kraamzorg</i> Datum: _____ gewicht _____ Ingevuld door: _____
Aangelegd binnen 2 uur Postpartum?	0 ja 0 nee	0 ja 0 nee
Hoe is het zuiggedrag?	0 goed 0 matig 0 slecht	0 goed 0 matig 0 slecht
Hoe vaak drinkt de baby per 24 uur?	0 nog niet 0 7-12x 0 vaker	0 6x 0 7-12x 0 vaker
Wordt de 2 ^e borst aangeboden?	0 ja 0 nee	0 ja 0 nee
Komt de baby zelf voor de voeding?	0 ja 0 soms 0 nee	0 ja 0 soms 0 nee
Gebruik hulpmiddelen bij voeding?	0 nee 0 vingervoeden 0 cup/lepel 0 kolf 0 tepelhoed 0.....	0 nee 0 vingervoeden 0 cup/lepel 0 kolf 0 tepelhoed 0.....
Heeft de baby bijvoeding gehad?	0 nee 0 ja soort: _____ Reden: _____	0 nee 0 ja soort: _____ Reden _____
Hoort moeder de baby drinken en slikken tijdens de voeding?	0 NVT 0 soms 0 nee	0 ja 0 nee
Heeft moeder pijnlijke tepels?	0 nee 0 Ja Oorzaak.....: <i>(denk aan aanleggen, spruw)</i>	0 nee 0 ja Oorzaak..... <i>(denk aan aanleggen, spruw)</i>
Kent moeder tenminste 2 voedingshoudingen?(liggend en zittend)	0 ja 0 nog niet	0 ja 0 nee: reden
Aantal poepluiers per 24 uur?	0 nog niet 0 1 0 2 tot 4 0 vaker	0 1 tot 3 0 4 tot 6 0 vaker
Aantal plasluiers per 24 uur	0 nog niet 0 1 tot 3 0 4 tot 6 0 vaker	0 1 tot 3 0 4 tot 6 0 vaker
Is de baby alert tijdens de voeding?	0 ja 0 nee	0 ja 0 nee
Gemiddelde duur voeding	0 0-10 min. 0 10-30 min 0 30-40 min 0 langer	0 0-10 min. 0 10-30 min 0 30-40 min 0 langer
Evt toelichting:		

Indien van toepassing kunt u onderstaande zelf invullen (in overleg met uw kraamverzorgende/verloskundige)

Actief betrokken hulpverleners/ hulpverlening op indicatie

Toevoegen of en met welke hulpverleners contact is geweest in het kader van vroegsignalering

Contactpersoon organisatie/ hulpverlener	_____
Functie organisatie/ hulpverlener	_____
Telefoon organisatie/ hulpverlener	_____
E-mailadres organisatie/ hulpverlener	_____
Reden	_____
Overige	_____

Kraamzorg

Naam organisatie _____
Naam professional/personeelsnummer _____
Contactgegevens _____
Duur kraamzorg _____ aantal kraamzorguren
Herindicatie kraamzorg 0 nee 0 ja, reden _____
Premature nazorg 0 nee 0 ja, reden _____
Overig _____
Reeds contact met JGZ rond gezin _____

Verloskundige

Naam organisatie _____
Naam professional _____
Contactgegevens _____

Ziekenhuis

Naam organisatie _____
Naam professional _____
Contactgegevens _____
Opname datum _____
Ontslagdatum _____
Reeds contact met VLK/ JGZ rond gezin _____
Verpleegkundige overdracht moeder ja bijgevoegd ja/nee
Verpleegkundige overdracht kind ja bijgevoegd ja/nee

Jeugdgezondheidszorg

Naam organisatie _____
Naam professional _____
Contactgegevens _____
Gegevens ontvangen/ bekeken op datum _____
Gegevens verwerkt in dossier op datum _____
Reeds contact met VLK/ KZ rond gezin _____

Informatie gelezen door ouder en toestemming voor overdracht

Naam _____

Handtekening _____ Datum _____

De jeugdverpleegkundige zal dit formulier van u in ontvangst nemen. Indien u de gegevens wilt bewaren kunt u van te voren een kopie maken.