

**OVERDRACHT KRAAM EN VERLOSKUNDE NAAR JEUGDGEZONDHEIDSZORG**

De verloskundige is eindverantwoordelijk voor de volledigheid van dit formulier en de overdracht naar JGZ

<b>GEGEVENS MOEDER</b> (invullen door kraamzorg bij intake)		<b>GEGEVENS VADER/PARTNER</b> (invullen door kraamzorg bij intake)	
Geboortenaam:	Voorletters:	Geboortenaam:	Voorletters:
Geboortedatum:	Land:	Geboortedatum:	Land:
BSN-nummer:		BSN-nummer:	
Burgerlijke staat:		Burgerlijke staat:	
Erkenning: ja/nee			
Werkzaam:	ja/nee	Werkzaam:	ja/nee
Beroep:	Betaalde arbeid: ja/nee	Beroep:	Betaalde arbeid: ja/nee
Spreektaal:		Spreektaal:	
Huisarts:		Huisarts:	

<b>ADRESGEGEVENS</b> (invullen door kraamzorg bij intake)		<b>GEGEVENS BABY</b> (invullen door kraamzorg bij intake)	
Straat:		Naam/achternaam kind: m/v	
Postcode	Woonplaats:	Geboortedatum:	Tijdstip:
Telefoonnummer		Geboorteplaats:	
Emailadres:		Tijdelijke verblijfplaats (indien relevant):	

<b>OBSTETRISCHE ANAMNESE &amp; ZWANGERSCHAP</b> (invullen door kraamzorg)	
Prenatale zorg door:	
Graviditeit:	Pariteit:
Bijzonderheden:	
<b>Anamnese moeder</b>	<b>Anamnese vader</b>
Algehele gezondheid: goed/anders	Algehele gezondheid: goed/anders
Roken: ja/nee/gestopt	Roken: ja/nee/gestopt
Alcohol: ja/nee/gestopt	Alcohol: ja/nee/gestopt
Drugs: ja/nee/gestopt	Drugs: ja/nee/gestopt
Allergieën: ja/nee	
Medicatie: ja/nee	
Negatieve seksuele ervaringen	
Genitale Vrouwelijke Verminking (VGV): ja/nee	
Herpes: ja/nee	
Psychosociale problematiek: ja/nee	Psychosociale problematiek: ja/nee
Toelichting:	Toelichting:
Bijzonderheden zwangerschap	
<b>Familie anamnese moeder</b>	<b>Familie anamnese vader</b>
Congenitale afwijkingen: ja/nee	Congenitale afwijkingen: ja/nee
Erfelijk belaste afwijkingen	Erfelijk belaste afwijkingen:
Overige bijzonderheden:	

<b>BEVALLING</b> (invullen door kraamzorg)	
Plaats bevalling: thuis/poliklinisch/klinisch	Medische indicatie: ja/nee
Partus onder leiding van:	
Zwangerschapsduur:	Bijzonderheden:
Ontsluitingsduur:	Wijze van geboorte: spontaan/kunstverlossing
Vruchtwater: kleurloos/meconium	Uitdrijvingsduur:
Anti D gegeven: ja/nee/nvt	Ligging kind:
Bijzonderheden partus:	Medicatie tijdens partus:
Episiotomie/ruptuur:	

**PASGEBORENE**

(invullen door kraamzorg)

Geboortegewicht: gram	Meerling: ja/nee	Volgnummer:
Laagste gewicht gram	Prematuur/dysmatuur/serotien	
Gewicht 8e dag: gram	Stuitligging > 34 weken: ja/nee	
Vitamine K toegediend: ja/nee	Apparscore 1 min: 5 min:	
Indicatie Gamma Globuline hep.B: ja/nee	Testis ingedaald links: ja/nee/dubieus/n.v.t.	
Hepatitis B, eerste vaccinatie: ja/nee	Testis ingedaald rechts: ja/nee/dubieus/n.v.t.	
Aangeboren afwijking: niet zichtbaar/ja	Hielprik verricht: ja/nee, datum:	
Problemen eerste 24 uur:	Gehoorscreening: ja/nee	
Couveuse: ja/nee	Bili geprikt: ja/nee	
Opname ZH: ja/nee	Bijzonderheden kraamweek:	

**VOEDING**

(invullen door kraamzorg)

Voeding 1e dag: KV/BV/gemengd	Vitamine D: ja/nee
Voeding 8e dag: KV/BV/gemengd	Vitamine K: ja/nee
<b>Borstvoeding</b>	<b>Kunstvoeding</b>
Binnen een uur na geboorte aangelegd: ja/nee	Aantal voedingen:
Baby gaat zonder moeite aan de borst: ja/nee	Hoeveelheid per voeding: ml
Baby krijgt afgekolfd moedermelk: ja/nee	
Gebruik hulpmiddelen: ja/nee	
Moeder heeft pijnklachten: ja/nee	
Bijzonderheden BV:	Bijzonderheden KV:

**VOORLICHTING / OBSERVATIES KRAAMTIJD**

(invullen door kraamzorg)

Bijzonderheden huilgedrag: ja/nee	Taalvaardigheid ouders: goed/voldoende/matig
Bijzonderheden slaapgedrag: ja/nee	Samengesteld gezin:
Veilig Slapen en RVP besproken: ja/nee	Hechting binnen het gezin:
Voorkeurshouding besproken: ja/nee	Bijzonderheden:
Shaken Baby Syndroom voorlichting: ja/nee	Draagkracht moeder: stabiel/belemmerend
DVD Shaken Baby Syndroom bekeken: ja/nee	Draagkracht vader: stabiel/belemmerend
Herindicatie kraamzorg: ja/nee	Reden:

**VROEGSIGNALERING**

(invullen door kraamzorg in overleg met verloskundige)

Contact met hulpverleners in het kader van Vroegsignalering: ja/nee	Kinderarts:
Prenatale zorg JGZ: ja/nee	Huisarts:
Soort hulpverlening:	Mantelzorg:
Functie hulpverlener:	Overige externe betrokken partijen: ja/nee
Naam hulpverlener:	Functie hulpverlener:
Contactgegevens hulpverlener:	Naam hulpverlener:
	Contactgegevens hulpverlener:

**BETROKKEN HULPVERLENERS****OVERDRACHT JGZ**

(invullen door kraamzorg in overleg met verloskundige)

Warme overdracht: ja/nee	telefoon/rond de tafel
Terugkoppeling gewenst: ja/nee	(rond 6e week)
Ouders zijn geïnformeerd en geven toestemming voor overdracht naar JGZ: ja/nee	

**ONDERTEKENING**

<b>Naam Verloskundige:</b>	<b>Naam Kraamverzorgende:</b>	<b>Ouders</b>
Datum: Handtekening	Datum: Handtekening	Datum: Handtekening