

ECHO OBSTETRIE AANVRAAGFORMULIER

Counselor/aanvrager

Naam:

Praktijk:

Tel:

Cliënt

Naam:

Geb.datum:

Tel:

BSN:

Obstetrische gegevens:

G P A

ELM:

Cyclus: dgn, regulair/irregulair

A terme datum:

Aantal foetus:

Aanvullende informatie:

Aanvraag

1^e trimester

0 Termijn

0 Nekplooi meting

2e trimester

0 SEO (18-20 wk)

0 GUO type I

eerder kind met afwijking:

0 NBD

0 schisis

0 chromosoomafwijking

0 hartafwijking

0 IVF-ICSI zwangerschap

0 monochoriale gemelli

0 diabetes mellitus bij gravida

0 medicatie (oa anti-epileptica, immunomodulantia)

0 familieanamnese :

0 anders nl:

0 GUO type II (tel nummer 043-3877762)

indicatie:

3^e trimester

0 biometrie

0 biometrie + doppler

0 placentaalokalisatie

Cliënte heeft kennis genomen van onderstaande informatie:

Algemeen:

o Cliënte is door de verloskundige hulpverlener geïnformeerd en gecounseld over de mogelijkheden en onmogelijkheden van prenatale screening.

o Cliënte heeft de folder en/of de website gelezen.

De combinatietest:

o Cliënte weet dat dit een kansberekeningstest is.

o Cliënte is ingelicht over de mogelijke kosten van het onderzoek.

SEO / 20 weken echo:

o Cliënte weet dat niet alle afwijkingen gezien kunnen worden.

o Cliënte is ervan op de hoogte dat onder sommige omstandigheden (bijvoorbeeld een ongunstige ligging van de baby of een dikkere buikwand van de moeder) niet alles goed in beeld gebracht kan worden.

Cliënte verleent toestemming aan de behandelend verloskundigen/artsen om inlichtingen te verschaffen aan de afdeling PNDT van het azM, ten behoeve van de kwaliteitsbewaking van het echo-onderzoek.