

## Rapportageformulier over zwangerschap

Rapportagebron			
Rapport via		<input type="checkbox"/> Arts <input type="checkbox"/> Patiënt <input type="checkbox"/> Autoriteit <input type="checkbox"/> Literatuur <input type="checkbox"/> Overig:	
Naam			
Straat adres			
Postcode/Stad	Land		
Telefoonnummer	Faxnummer		
Instelling		<input type="checkbox"/> Kliniek <input type="checkbox"/> Artsenpraktijk <input type="checkbox"/> Overig:	
Patiëntgegevens			
Initialen van de patiënt		Achternaam [ ___ ]                        Voornaam [ ___ ]                        2. Overige voorna(a)m(en) [ ___ ]	
Geboortedatum	Leeftijd	[ ___ . ___ . ___ ]	[ ___ ] Jaar
Seks		<input type="checkbox"/> Vrouw (zwanger?) <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja [ ___ ] Week	
Etnische achtergrond		<input type="checkbox"/> Blank <input type="checkbox"/> Afrikaans <input type="checkbox"/> Aziatisch <input type="checkbox"/> Overig:	
Lengte	Gewicht	[ ___ ] cm	[ ___ ] kg
Onderliggende aandoening			
Informatie over geneesmiddel			
Geneesmiddel	Indicatie		
Doseringsvorm/toedieningsvorm		_____ / <input type="checkbox"/> Oraal <input type="checkbox"/> Intraveneus <input type="checkbox"/> Intramusculair <input type="checkbox"/> Topisch <input type="checkbox"/> Overig: _____	
Dagelijkse dosis [eenheid]		_____ [ ___ ]	
Behandlingsdata/-duur		Vanaf: [ ___ . ___ . ___ ] tot: [ ___ . ___ . ___ ]                        Duur: ___ [ ___ ]	
Geneesmiddelinname in zwangerschap week		Vanaf: [ ___ . ___ . ___ ] tot: [ ___ . ___ . ___ ]                        Duur: ___ [ ___ ]	
Data aandoening/duur		Vanaf: [ ___ . ___ . ___ ] tot: [ ___ . ___ . ___ ]                        Duur: ___ [ ___ ]	
Is het medicijn eerder ingenomen en verdragen?		<input type="checkbox"/> Niet voorgeschreven <input type="checkbox"/> Voorgeschreven en verdragen <input type="checkbox"/> Voorgeschreven maar niet verdragen	
Gelijktijdige toegediende medicatie/gelijktijdige voorkomende aandoeningen			
<b>1. Geneesmiddel</b>	Indicatie		
Behandlingsdata/duur		Vanaf: [ ___ . ___ . ___ ] tot: [ ___ . ___ . ___ ]                        Duur: ___ [ ___ ]	
Data aandoening/duur		Vanaf: [ ___ . ___ . ___ ] tot: [ ___ . ___ . ___ ]                        Duur: ___ [ ___ ]	
Toedieningsvorm	Dagelijkse dosis [eenheid]	<input type="checkbox"/> Oraal <input type="checkbox"/> Intraveneus <input type="checkbox"/> Intramusculair <input type="checkbox"/> Topisch <input type="checkbox"/> Overig: _____	
<b>2. Geneesmiddel</b>	Indicatie		
Behandeldata/duur		Vanaf: [ ___ . ___ . ___ ] tot: [ ___ . ___ . ___ ]                        Duur: ___ [ ___ ]	
Data aandoening/duur		Vanaf: [ ___ . ___ . ___ ] tot: [ ___ . ___ . ___ ]                        Duur: ___ [ ___ ]	
Toedieningsvorm	Dagelijkse dosis [eenheid]	<input type="checkbox"/> Oraal <input type="checkbox"/> Intraveneus <input type="checkbox"/> Intramusculair <input type="checkbox"/> Topisch <input type="checkbox"/> Overig: _____	
<b>3. Geneesmiddel</b>	Indicatie		
Behandlingsdata/duur		Vanaf: [ ___ . ___ . ___ ] tot: [ ___ . ___ . ___ ]                        Duur: ___ [ ___ ]	
Data aandoening/duur		Vanaf: [ ___ . ___ . ___ ] tot: [ ___ . ___ . ___ ]                        Duur: ___ [ ___ ]	
Toedieningsvorm	Dagelijkse dosis [eenheid]	<input type="checkbox"/> Oraal <input type="checkbox"/> Intraveneus <input type="checkbox"/> Intramusculair <input type="checkbox"/> Topisch <input type="checkbox"/> Overig: _____	
Overige aandoeningen:			
Risicofactoren/overige relevante factoren		<input type="checkbox"/> Nicotine <input type="checkbox"/> Dieet <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> Metabole aandoeningen <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Drugs/geneesmiddelenmisbruik <input type="checkbox"/> Implantaten <input type="checkbox"/> Anticonceptie	

