



**AANVRAAG PLACENTA ONDERZOEK MEERLING ZWANGERSCHAP bij de Pathologie UMCG**

door pathologen van PA laboratoria

Friesland (Leeuwarden), Martini (ZH Groningen) en TREANT (Hoogeveen)

Formulier graag volledig invullen en met het materiaal opsturen. Zie ook "instructies voor aanleveren van materiaal" op:

<http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Pathologie/Professionals/Pages/Professionals.aspx>

<b>DATUM AANVRAAG:</b>	<b>AANVRAGER:</b> PA-lab: Friesland / Martini / TREANT anders, nl.: Patholoog: Tel. bereikbaar op:
<b>GEGEVENS PATIENT:</b> Naam patiënt/ moeder: Patientnr.: Geboortedatum:	<b>GEGEVENS MATERIAAL:</b> Type materiaal:  PA-nr aanvragend lab :

Aanvragend arts: ..... Tel./sein:..... Afdeling:.....  
Kopie aan: .....

Obstetrische VG: G ..... P ..... A ..... APLA ..... EUG ..... MOLA .....

Perinatale sterfte in VG:  nee  ja, nl .....

Algemene VG: .....

Huidige graviditeit:  spontaan  geassisteerde fertilisatie, nl .....  
 tweeling  BCBA  MCBA  MCMA  
 grote meerling

Maternale ziekte(omcirkel): Preëxistente hypertensie/ PIH/ PE/ HELLP/diabetes type I/ diabetes type II/ zwangerschapsdiabetes/  
abruptio/ vaginaal bloedverlies/ uterusruptuur/ PPROM/ klinische chorioamnionitis/ anders,  
nl.....

Verdenking TTTS:  nee  ja  onduidelijk

<b>Foetale afwijking:</b>	<b>Kind 1, markering: .....</b>	<b>Kind 2, markering: .....</b>	<b>Kind 3, markering:.....</b>
Congenitale afwijking:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IUGR:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oligo/anhydramnion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polyhydramnion:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrops foetalis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meconiumhoudend vruchtwater:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Partus:**

AD bij partus (wkn/dgn):	.....	.....	.....
Spontane partus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inductie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Primaire SC:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secundaire SC / forceps / vacuüm:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navelstreng prolaps:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navelstreng omstrengeling:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Conditie kind:**

Levend geboren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doodgeboren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moment overlijden onduidelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foetale nood antepartum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foetale nood intrapartum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resuscitatie na bevalling:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APGAR score (1', 5', 10'):	.....	.....	.....
NS pH arterieel / BE:	.....	.....	.....
NS pH veneus / BE:	.....	.....	.....

Geslacht: .....  
Geboortegewicht: .....  
Hb: .....

Afwijking placenta (omschrijf): .....

Afwijking kind (omschrijf welk kind en de afwijking): .....

Klinisch beloop, diagnostiek en therapie: .....

Vraagstelling: .....

