

# Aanvraag voor foetale en perinatale obductie



Universitair Medisch Centrum  
Utrecht

## Universitair Medisch Centrum Utrecht

Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht  
Postbus 85500, 3508 GA Utrecht

## Laboratoriumcentrum

Afdeling Pathologie  
Telefoon 088 75 576 57  
Huispostnr H.04.312, Kamernr H.00.1.34  
Telefoon aanvragen uitslagen 088 75 588 22

patiëntsticker

## Gegevens

Naam aanvragend arts (in blokletters) \_\_\_\_\_ Telefoon \_\_\_\_\_

Is er sprake van een natuurlijke dood  ja  nee

Indien geen natuurlijke dood. Is het stoffelijk overschot vrijgegeven door officier van justitie  ja  nee

Toestemming van de familie voor  
uitwendige schouwing  ja  nee  
obductie  ja  nee  
schedelsectie  ja  nee

Is er sprake van besmettelijke ziekten of verdenking hierop zo ja, welke  HIV  TBC  Hepatitis B  
 Overig: \_\_\_\_\_

Datum en uur van overlijden \_\_\_\_\_ Eenling/meerling \_\_\_\_\_

Apgarscore: 1'/5'/10' \_\_\_\_\_ Navelstreng pH (a) \_\_\_\_\_

Post mortem ingrepen  
hartpunctie  ja  nee schedelpunctie  ja  nee  
huidbiopt  ja  nee andere  ja  nee

Gewicht foetus \_\_\_\_\_ Gewicht placenta en secundae \_\_\_\_\_

## Relevante gegevens

Moeder  G  P  A Zwangerschapsduur \_\_\_\_\_

Vlokkenonderzoek  ja  nee in zwangerschapsweek \_\_\_\_\_ uitkomst \_\_\_\_\_

Vruchtwateronderzoek  ja  nee in zwangerschapsweek \_\_\_\_\_ uitkomst \_\_\_\_\_

Echografische bevindingen \_\_\_\_\_

Roken  ja  nee hoeveel \_\_\_\_\_ Alcohol  ja  nee Drugs  ja  nee

Röntgenstralen  ja  nee Geneesmiddelen  ja  nee welke \_\_\_\_\_

Tensie \_\_\_\_\_ Hoogste diastolische tensie \_\_\_\_\_

Bloedverlies  ja  nee zwangerschapsweek \_\_\_\_\_

Ziekte tijdens de graviditeit  ja  nee zwangerschapsweek \_\_\_\_\_ welke \_\_\_\_\_

Verloop eerdere zwangerschappen \_\_\_\_\_

Congenitale afwijkingen in de familie  ja  nee zo ja, welke \_\_\_\_\_

Consanguiniteit  ja  nee  onbekend

Obstetrische voorgeschiedenis  onbelast  belast

Bloedgroep vrouw \_\_\_\_\_ bloedgroep man \_\_\_\_\_ antistoffen \_\_\_\_\_

## Partus

Verloop \_\_\_\_\_ Gebroken vliezen, duur \_\_\_\_\_

Foetale nood  ja  nee vruchtwater \_\_\_\_\_ Medicatie  ja  nee

Microbiologisch onderzoek van \_\_\_\_\_ Verdere bijzonderheden \_\_\_\_\_

Wel of niet begraven / cremen of cremen via UMC \_\_\_\_\_

Naam en handtekening aanvragend arts \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_\_