



Registratieformulier voor de gegevens rondom de zwangerschap en bevalling

Beste collega,

Hierbij treft u het registratieformulier aan voor de gegevens rondom de zwangerschap en bevalling van uw patiënte. Wij vragen deze standaardgegevens op omdat uw patiënte meedoet aan de wetenschappelijke studie 'Stop or Go? Terugvalpreventie training bij het begeleid afbouwen van antidepressiva in de zwangerschap' die in heel Nederlands plaatsvindt.

Uw patiënte heeft bij aanvang van de studie voor het verzamelen van gegevens bij al haar zorgverleners toestemming verleend (METC goedgekeurd).

In het registratieformulier vragen wij naar standaardinformatie die in een ontslagbrief of een soortgelijk document is vermeld. Ook maakt die standaardinformatie deel uit van de basisinformatie zoals die naar de Perinatale Registratie Nederland (PRN) wordt gezonden. Uit deze informatie hebben wij een minimale hoeveelheid gegevens nodig om een juiste indruk te hebben over gezondheid van moeder en kind na de bevalling.

Wij vragen u om naast het registratieformulier een kopie van de ontslagbrief mee te sturen (indien beschikbaar).

Mocht u er niet uitkomen of belangrijke informatie missen, neem dan contact met ons op, liefst telefonisch (06-49844950, Nina Molenaar, of 06-22819749, Marlies Brouwer, bij afwezigheid). U kunt ook een e-mail sturen naar stoporgo@erasmusmc.nl.

Hartelijk dank voor uw inspanning! Na het afronden van de studie wordt iedereen over de studieresultaten geïnformeerd.

Vriendelijke groet,

Het Stop or Go onderzoeksteam

U kunt het ingevulde formulier terugsturen naar:

Erasmus MC, afdeling Psychiatrie
t.a.v. Nina Molenaar
Antwoordnummer 55
3000 WB, Rotterdam



Algemeen

1. Initialen (voor- en (meisjes)achternaam) van patiënte: _____ (geen tussenvoegsels)
2. Geboortedatum patiënte: ____ / ____ / _____ (dd/mm/jjjj)
3. Viercijferige postcode huisadres patiënte: _____
4. Op welke manier bent u betrokken bij de patiënte?
 Ik ben zorgverlener (betrokken geweest bij behandeling/afdeling/maatschap)
 Ik ben researchmedewerker / administratief ondersteuner
 Anders, namelijk:
5. Uw naam: _____ (dit in verband met eisen WMO)

Zwangerschap

6. Datum eerste consult: ____ / ____ / 2 0 1 ____ (dd/mm/jjjj)
7. Was er ooit tijdens de zwangerschap verdenking op een groeiachterstand/IUGR?
 Nee Ja, vanaf ____ weken
8. Was er tijdens de zwangerschap sprake van:
 Chronische hypertensie Pre-eclampsie
 Zwangerschapshypertensie Witte jassen hypertensie
9. Is patiënte tijdens de zwangerschap in een ziekenhuis opgenomen geweest? *(exclusief bevallingsopname)*
 Nee (ga naar vraag 12) Ja, in een GGZ instelling of op een GGZ afdeling van een ziekenhuis
 Ja, in een niet-academisch ziekenhuis Ja, op een andere afdeling
 Ja, in een academisch ziekenhuis
10. Vul, indien bekend, data van opname in.

Opnamedatum: ____ / ____ / 201 ____ (dd/mm/jjjj)	Ontslagdatum: ____ / ____ / 201 ____ (dd/mm/jjjj)
Instelling/afdeling:	
Opnamedatum: ____ / ____ / 201 ____ (dd/mm/jjjj)	Ontslagdatum: ____ / ____ / 201 ____ (dd/mm/jjjj)
Instelling/afdeling:	
Opnamedatum: ____ / ____ / 201 ____ (dd/mm/jjjj)	Ontslagdatum: ____ / ____ / 201 ____ (dd/mm/jjjj)
Instelling/afdeling:	
11. Opname-indicatie:

<input type="checkbox"/> Groeiachterstand/IUGR	<input type="checkbox"/> Hypertensieve aandoening
<input type="checkbox"/> Dreigende vroeggeboorte	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:



12. Waren er nog andere bijzonderheden tijdens de zwangerschap die in voorgaande vragen niet zijn genoemd? Zo ja, geef een omschrijving.

Baring

13. **Start baring:**

<input type="checkbox"/> Spontaan →	<input type="checkbox"/> Spontane weeën	<input type="checkbox"/> Spontane vliesscheur
<input type="checkbox"/> Primaire sectio →	<input type="checkbox"/> Electief →	<input type="checkbox"/> Stuit <input type="checkbox"/> Obstetrische voorgeschiedenis <input type="checkbox"/> Andere, nl:
	<input type="checkbox"/> Foetale indicatie →	<input type="checkbox"/> Foetale nood <input type="checkbox"/> Andere, nl:
	<input type="checkbox"/> Maternale indicatie →	<input type="checkbox"/> Pre-eclampsie <input type="checkbox"/> HELLP syndroom <input type="checkbox"/> Andere, nl:
<input type="checkbox"/> Inductie → <i>(meerdere opties mogelijk)</i>	<input type="checkbox"/> Electief →	<input type="checkbox"/> Keuze arts <input type="checkbox"/> Keuze / aandrang patiënte
	<input type="checkbox"/> Foetale indicatie →	<input type="checkbox"/> Geen bewegingen <input type="checkbox"/> Hartslag afwijkingen <input type="checkbox"/> Oligohydramnion <input type="checkbox"/> Negatieve dyscongruentie <input type="checkbox"/> Meconium <input type="checkbox"/> Verdenking macrosomie <input type="checkbox"/> Andere, nl:
	<input type="checkbox"/> Maternale indicatie →	<input type="checkbox"/> Hypertensie <input type="checkbox"/> Pre-eclampsie <input type="checkbox"/> HELLP syndroom <input type="checkbox"/> Bloedglucose niveau <input type="checkbox"/> Psychisch <input type="checkbox"/> Andere, nl:

14. **Inductie methode (indien van toepassing):**

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Foley catheter / mechanisch | <input type="checkbox"/> Amniotomie |
| <input type="checkbox"/> Prostaglandines | <input type="checkbox"/> Oxytocine |

15. **Presentatie foetus:**

- Hoofd
- Stuit
- Dwars

16. **Vruchtwater:**

- Helder
- Meconium



17. Pijnbestrijding (meerdere opties mogelijk):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geen | <input type="checkbox"/> Epiduraal, pas bij sectio |
| <input type="checkbox"/> Sedativa | <input type="checkbox"/> Spinale anesthesie |
| <input type="checkbox"/> Analgetica, non-opiaat | <input type="checkbox"/> Algemene anesthesie |
| <input type="checkbox"/> Analgetica, opiaat | <input type="checkbox"/> Remifentanyl pomp |
| <input type="checkbox"/> Epiduraal, bij ontsluiting | |

18. Uiteindelijke bevalling:

<input type="checkbox"/> Spontaan	
<input type="checkbox"/> Vacuüm / forceps →	<input type="checkbox"/> Foetale nood <input type="checkbox"/> Gebrek aan vooruitgang <input type="checkbox"/> Maternale indicatie
<input type="checkbox"/> Primaire sectio	
<input type="checkbox"/> Secundaire sectio →	<input type="checkbox"/> Foetale nood <input type="checkbox"/> Gebrek aan vooruitgang <input type="checkbox"/> Gefaalde vacuüm / forceps <input type="checkbox"/> Maternale complicatie

19. Schouder dystocie:

- Nee
 Ja → duur: ___ seconden

20. Is de moeder verwezen tijdens de baring?

- Nee
 Ja, toelichting / waarheen (2^e/3^e lijn):

21. Waar is het kind uiteindelijk geboren

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thuis | <input type="checkbox"/> Ziekenhuis, onder leiding van klinisch verloskundige / gynaecoloog |
| <input type="checkbox"/> Kraamkliniek / geboortecentrum | |
| <input type="checkbox"/> Ziekenhuis, onder leiding van verloskundige | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: |

22. Kinderarts aanwezig?

- Nee
 Ja, tijdens de baring (gepland/preventief/proactief), vanwege
 Ja, in consult geroepen tijdens de baring, vanwege
 Ja, ingeroepen na de baring, vanwege

22. Geef, indien van toepassing, een omschrijving van complicaties/trauma tijdens de baring:

Post partum

23. Geboortedatum: ___ / ___ / 201___ (dd/mm/jjjj) **Tijdstip:** ___ : ___

24. Geboortegewicht: _____ gram **Hoofdomtrek:** ___ centimeter

25. Apgarscore 1 minuut: ___ **5 minuten:** ___



Respondentnummer

26. Geslacht:

- Jongen
- Meisje

27. Kind overleden:

- Nee
- Ja, ante partum < 28 weken
- Ja, ante partum > 28 weken
- Ja, durante partu
- Ja, binnen 24 uur
- Ja, 2^e – 7^e dag

28. Aangeboren (congenitale) afwijkingen:

- Nee
- Ja, namelijk:

29. Aansluitende post partum opname kind:

- Nee
- Ja, indicatie:

Instelling & afdeling:

Ontslagdatum: ____ / ____ / 2 0 1 ____ (dd/mm/jjjj)

30. Aansluitende post partum opname moeder:

- Nee
- Ja, indicatie:

Instelling & afdeling:

Ontslagdatum: ____ / ____ / 2 0 1 ____ (dd/mm/jjjj)

31. Overige opmerkingen (inclusief evt. post partum opnames niet-aansluitend):

Einde registratieformulier