Överföringsrapport från KHV till BHV

### Bilaga till rutin:  [Informationsöverföring KHV -BB-neonatal-BHV](https://vardgivare.regionhalland.se/app/plugins/region-halland-api-styrda-dokument/download/get_dokument.php?documentGUID=RH-12048)

# Överföring hanteras enligt dokumenthanteringsplan – Barnhälsovården

|  |  |
| --- | --- |
| Namn:  | Personnummer:  |
| Adress:  | Tfn:  |
| Tidigare barn födelsedata:  | Beräknat förlossningsdatum:  |
| Närmast anhörig:  | Sammanboende: Ja **[ ]**  Nej **[ ]**  |
| Tolkbehov: Ja **[ ]**  Nej **[ ]**  | Språk:  |
| Vilket BVC:  |  |

* Fysisk/psykisk sjukdom, skada eller funktionsnedsättning hos någon av föräldrarna som det är av vikt att BVC får kännedom om: Ja **[ ]**  Nej **[ ]**
* Sjukdom hos någon av föräldrarna som föranleder kontroller/behandling av barnet

som till exempel Hepatit B, Syfilis, TBC: Ja **[ ]**  Nej **[ ]**

* Immunhämmande läkemedel under graviditet som påverkar vaccinationsprogrammet: Ja **[ ]**  Nej **[ ]**
* Tidigare svår amningsproblematik: Ja **[ ]**  Nej **[ ]**
* Misstanke om eller vetskap om substansbruk i hemmet (ANDT- Alkohol, Narkotika, Droger, Tobak): Ja **[ ]**  Nej **[ ]**

Behov av tidigt hembesök: Ja **[ ]**  Nej **[ ]**

Behov av förlängt hembesök: Ja **[ ]**  Nej **[ ]**

Telefonkontakt från KHV till BVC: Ja **[ ]**  Nej **[ ]**

Ansvarig barnmorska, mottagning, tfn:

Samtycke till överrapportering till BVC: Ja **[ ]**  Nej **[ ]**

Patientensunderskrift:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Överföring kan översändas till BVC mot moderns vilja efter förfrågan från BVC.

|  |
| --- |
| Uppdaterat från föregående versionNy blankett. |