Region Halland

Överföringsrapport från kvinnohälsovården (KHV) till barnhälsovården (BHV)

Bilaga till rutin: Informationsöverföring mellan KHV, BB, neonatal och BHV

Födande förälder

Namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefonnummer: _____

Tolkbehov och språk: _____

Sammanboende

Ja ☐ Nej ☐

Tidigare barn födelsedata (årtal): _____

Beräknat förlossningsdatum: _____

Val av BVC: _____

Medicinsk information

- Finns det psykisk ohälsa/sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning hos någon av föräldrarna som kan påverka omvårdnaden av barnet? Ja ☐ Nej ☐

- Finns det fysisk sjukdom, skada eller funktionsnedsättning hos någon av föräldrarna som kan påverka omvårdnaden av barnet? Ja ☐ Nej ☐

- Finns det sjukdom hos någon av föräldrarna som föranleder extra kontroll/behandling av barnet (ex Hepatit, TBC, Syfilis, Blödarsjuka)? Ja ☐ Nej ☐

- Har den gravida tagit något läkemedel under graviditeten som påverkar immunsystemet? Ja ☐ Nej ☐

Region Halland

Social information

- Har den gravida fått extra stödinsatser under graviditeteten (psykolog, socialsekreterare eller annat)? Ja ☐ Nej ☐

- Förekommer riskbruk hos någon av föräldrarna (alkohol, narkotika, dopning, tobak)? Ja ☐ Nej ☐

Behov av telefonkontakt och samtycke

- Finns det behov av telefonkontakt från KHV till BHV? Ja ☐ Nej ☐

- Ges samtycke till överrapportering till BVC? Ja ☐ Nej ☐

Underskrift

Underskrift födande förälder

_____

Namn ansvarig barnmorska, mottagning och telefonnummer

_____

Underskrift ansvarig barnmorska

_____