



UZ
LEUVEN

PATHOLOGISCHE ONTLEEDKUNDE

AANVRAAGFORMULIER
FOETALE AUTOPSIE

Pathologische Ontleedkunde - Herestraat 49 - 3000 Leuven
tel.: 016 33 66 23 - fax: 01633 65 48



10-2022

Nr. 613041

Autopsie foetus

Toestemming ouders*:

ja neen

*indien geen toestemming van de ouders, wordt er geen autopsie uitgevoerd.

Tijdstip overlijden foetus (dd-mm-yyyy)

Zwangerschapsduur (weken)

Aantal maternale antecedenten G :

Aantal maternale antecedenten P :

Aantal maternale antecedenten A :

Risicograad :

Risicograad 1 : biologische agentia die geen ziekte veroorzaken waarvan een behandeling beschikbaar is

Risicograad 2 : biologische agentia die ernstige ziekte veroorzaken maar waarvan een behandeling (Hepatits/TBC/HIV) is of patiënt met voorgeschiedenis van TBC besmetting, maar waarvan reeds behandeling gekregen

IUGR :

ja neen

PPROM :

ja neen

Spontane partus/expulsie :

ja neen

Eenling :

ja neen _____

MIU :

ja neen

Inductie wegens :

Maternale factoren :

Hypertensie :

ja neen

Pre-eclampsie :

ja neen

Congenitale afwijkingen - prenataal :

Congenitale afwijkingen - postnataal :

Indicatie hersenenautopsie?

ja* neen

*indien ja, reden?

Toestemming ouders hersenenautopsie?

ja neen

Andere klin. inlichtingen :

Vermoedelijke doodsoorzaak :

Specifieke vraagstelling :

Reeds uitgevoerde onderzoeken

Rx totaal skelet :

ja neen

MRI :

ja neen

CT :

ja neen

Genetisch advies :

ja neen

Huidbiopt fibroblastenkweek :

ja neen

Amniocentese :

ja neen

Andere bijkomende onderzoeken :

AANVRAAGDATUM:

AANVRAGER Dr.: _____

I.D. nr.: R.I.Z.I.V.nr.:

Handtekening:

ADRES AANVRAGER: _____

TEL. AANVRAGER: _____

EENHEID: _____ KAMER/BED: _____ / _____

PATIENT IDENTIFICATIE EAD-/HOS-nr.

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: Geslacht:

VERZEKERINGSINSTELLING KG1/KG2: _____ / _____

Nr. verzekering Verwantschap

Stamnr.: _____

Indien patiënt elders gehospit. is; Naam inrichting _____

Identificatienr.: _____ Dienst: _____