

Overdracht Acute Zorg

Naam Patiënt: Geb. Datum: Evt. contactpersoon:

Adres: Postcode: Plaats:

Situation/ABCDE

A. CWK bedreigd ja/nee. Luchtweg vrij/obstr.	Slijmvliezen:	Interventie:
B. Inspectie/kleur:	SAT 1:%; SAT 2:	Ademh.inspan.: -/+ / ++
Auscultatie: VAG, bijgeluiden:	Ademfrequentie AF1: .../min.	AF2:/ min.
Percussie: sonoor	Palpatie:	Interventie:
C. Pols:/ min; reg./irr.	BD1: / mmHg	BD2: / mmHg
Halsvenen:	Acra warm/koud	
Auscultatie hart :	CRT:sec.	Interventie:
D. GCS/EMV-score 1:	Score: E M V =	
GCS/EMV-score 2:	Score: E M V =	
Symmetrie gelaat: ja / nee.	Pupillen PEARLL:	
Parsen: ja/nee:	Glucosemmol/l.	Interventie:
E. Temp: rectaal/tymp.:°C	Pijnscore:	
Huid: kleur	Erytheem: ja / nee	Interventie:

Background:

Voorgeschiedenis:

Medicatie:

Allergie/infectierisico: Intoxicaties:

Reanimatie: wel / niet. Behandelrestricties ja/nee:

Assessment: werkd Diagnose/DD:

behandeling/adviezen:

Recommend: A1/A2/B Specialisme:

Reden verwijzing:

Datum: **Tijdstip:**

Naam huisarts/handtekening: **Naam ambul vpk/handtekening:**