

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum  |  :  |  |
|  |  |  |

aan huisarts

|  |  |
| --- | --- |
| Onderwerp:  | verwijzing |

Naam kind:

Arnhem\_brief\_met\_logo

Geachte collega,

Hierbij verwijs ik bovengenoemde zuigeling naar u door voor verder onderzoek.

**Reden verwijzing:**  aanhoudend geelzien

**Risicofactoren:** O Prematuur geboren \_\_\_\_\_\_\_ weken

O Asfyxie

 O Bloedgroepantagonisme

 O sufheid / meldt zich niet voor voeding

**Vraagstelling**Graag uw bepaling van het totaal en geconjugeerd bilirubinegehalte én de interpretatie hiervan, conform de samenwerkingsafspraken op [Baby ziet geel | Onze Huisartsen](https://www.onzehuisartsen.nl/dagpraktijk/rta/baby-ziet-geel/). Hier vindt u ook een grafiek die hierbij behulpzaam kan zijn.

Vriendelijke groet,

Team JGZ GGD GM

 Graag ontvangen wij een terugkoppeling via:

 ggdgelderlandmiddenjgz04@zorgmail.nl (JGZ 0-4)

 ggdgelderlandmiddenjgz418@zorgmail.nl (JGZ 4-18)

U kunt de brief ook retourneren naar:

GGD Gelderland-Midden
Antwoordnummer 1542
6800 WC Arnhem

Bij doorverwijzing verzoek ik u deze brief samen met uw eigen verwijzing mee te geven.



**Terugkoppeling verwijzing**

Betreft :

Naam cliënt/patiënt :

Geboortedatum :

Datum labuitslag :

Totaal geconjugeerd serumbilirubine TSB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ micromol/L.

Geconjugeerd serumbilirubine TcB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ micromol/L.

Verwezen naar kinderarts ja / nee

Indien ja, welke instelling\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam huisarts/specialist \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

