

# E.H.B.Rett

Ingevuld af te geven aan het medisch personeel bij ziekenhuisopname

Naam:

Geboortedatum:

**Naam en telefoon huisarts:**

**Naam en telefoon andere artsen:**

## DEEL 1 BASISINFO

Leeftijd:

Lengte:

Gewicht:

Huidige medicatie:

Gekende allergieën:

Bloedafname bij voorkeur: elleboogplooi hand voet

Bij pijn: roepen huilen tandenknarsen slaan lethargie andere:

Voeding: normaal gemixt sondevoeding opmerkingen:

Kan ze communiceren? ja nee indien ja, hoe:

Kan ze stappen? ja nee

Kan ze haar handen gebruiken? ja nee

Eet ze zelfstandig? ja nee

Is ze zindelijk? ja nee

### **Aan het Rett syndroom gerelateerde aandoeningen**

Ademhalingsstoornissen? ja nee indien ja, specificieer:

Scoliose of kyfose? ja nee indien ja, gradatie:

Slaapstoornissen? ja nee indien ja, specificieer:

Epilepsie? ja nee

Reflux? ja nee

Slikproblemen? ja nee

Tandenknarsen of bruxisme? ja nee

Constipatie? ja nee

---

Algemene info Rett syndroom: [www.rettsyndrome.be](http://www.rettsyndrome.be)

© Belgische Rett Syndroom Vereniging vzw

# E.H.B.Rett

Ingevuld af te geven aan het medisch personeel bij ziekenhuisopname

Naam:

Geboortedatum:

## DEEL 2 VORIGE ZIEKENHUISOPNAMES

Noteer per ziekenhuisopname: datum, oorzaak, symptomen, behandeling, naam en telefoon ziekenhuis, naam en telefoon behandelende arts(en)

Werd ze geïntubeerd? ja nee

Tracheotomie? ja nee

Gezwellen keelslijmvliezen bij operaties? ja nee

## DEEL 3 BIJ EPILEPSIE

Huidige epilepsiebehandeling + dosis:

Laatste EEG, datum en resultaat:

## DEEL 4 BIJ LONGONTSTEKING

Laatste longradiografie, datum en resultaat:

Zuurstofverzadiging:

Zuurstofbehandeling thuis? ja nee

Tolerantie zuurstoftoediening? ja nee

Apneu? ja, 'snachts ja, overdag nee

---

Algemene info Rett syndroom: [www.rettsyndrome.be](http://www.rettsyndrome.be)

© Belgische Rett Syndroom Vereniging vzw