

Deze vorm **kunnen** wordt gebruikt om patiënten door te verwijzen naar het WIC-programma en om wijzigingen in de gezondheidsinformatie van patiënten door te geven. De informatie op dit formulier zal door een WIC-voedingsdeskundige worden gebruikt om de voedingszorg te bepalen en voedingsadvies te geven.

Voor elke patiënt is een apart formulier nodig. De delen B, C en D moeten worden ingevuld door een zorgverlener. Zie de achterzijde voor aanvullende instructies.

WIC KANTOORGEBRUIK

WIC-ID

WIC LOCAL AGENTIE STEMPEL

A. Patiëntinformatie

Patiëntnaam _____ Geboortedatum ____ / ____ / ____ Geslacht _____
 Straatadres _____ Apt. Nr. _____
 Plaats _____ Staat _____ Postcode _____ Telefoon (_____) _____
 Voorkeurtaal(en) _____ Naam ouder/voogd _____

B. Medische informatie van patiënten Zorgverlener: Vul het gedeelte in dat van toepassing is op de hierboven genoemde patiënt.☐ **VROUW**

Huidigehoogte ____ in
 Huidigegewicht ____ lbs ____ oz
 Datumopname ____ / ____ / ____
 HGB ____ g/dl of HCT ____ %
 Datumopname ____ / ____ / ____
 Aantal vorige zwangerschappen ____
 Aantal vorige bevallingen ____ Datum Begin
 prenatale zorg ____ / ____ / ____
☐ **Indien zwanger:**
 Geschatte leveringsdatum ____ / ____ / ____
 Aantal foetussen ____
 Vóór de zwangerschap Gewicht ____ lbs ____ oz
☐ **Indien postpartum:**
 Bevallings-/beëindigingsdatum ____ / ____ / ____ Totale
 gewichtstoename tijdens de zwangerschap ____ lbs ____ oz

☐ **ZUIGELING OF KIND TOT 24 MAANDEN**

Geboortelengte ____ in of ____ cm
 Geboortegewicht ____ lbs ____ oz of ____ kg
 Weken Dracht ____
 Huidige lengte ____ in of ____ cm
☐ Staande ligfiets (<2 jaar)
 Datumopname ____ / ____ / ____
 Huidig gewicht ____ lbs ____ oz of ____ kg
 Datumopname ____ / ____ / ____
 HGB ____ g/dl of HCT ____ %
 Datumopname ____ / ____ / ____
 Veneus lood ____ µg/dL
 Datumopname ____ / ____ / ____
☐ Niet beschikbaar
 Vaccinaties Tot nu toe?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet Beschikbaar

☐ **KIND 2 TOT 5 JAAR**

Hoogte/Lengte ____ inch of ____ cm
☐ Staande ligfiets (indien niet in staat om te staan)
 Datumopname ____ / ____ / ____
 Gewicht ____ lbs ____ oz of ____ kg
 Datumopname ____ / ____ / ____
 HGB ____ g/dl of HCT ____ %
 Datumopname ____ / ____ / ____
 Veneus lood ____ µg/dL
 Datumopname ____ / ____ / ____
☐ Niet beschikbaar
 Vaccinaties Tot nu toe?
☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet Beschikbaar

C. Specifieke medische diagnose of voedings-/gezondheidsproblemen**D. Informatie over zorgverleners**

Naam provider (in druk) _____
 Handtekening provider _____ Datum ____ / ____ / ____
 Straatadres _____
 Stad _____ Staat _____ Postcode _____
 Telefoon (_____) Fax (_____) _____

KANTOORSTEMPEL

E. Vrijgeven van informatie

Ik machtig _____ (Zorgaanbieder) om de bovenstaande informatie vrij te geven aan het WIC-programma, en ik machtig het WIC-programma om informatie over mijn kind vrij te geven aan deze zorgverlener met als doel de gezondheidszorg voor mijn kind te coördineren. Als mijn kind of ik moet overstappen naar een ander WIC-programma, geef ik toestemming voor het vrijgeven van deze informatie aan het overdragende WIC-programma. Alle informatie wordt als vertrouwelijk beschouwd.

Handtekening patiënt/ouder/voogd _____ Datum ____ / ____ / ____

De secties B, C en D moeten worden ingevuld door een zorgverlener. Houd er rekening mee dat voor elke patiënt een apart formulier nodig is.

A. Patiëntinformatie: Dit gedeelte kan worden ingevuld door de zorgverlener, de patiënt/ouder/voogd of het personeel van een plaatselijk WIC-agentschap. De informatie in deze sectie mag alleen betrekking hebben op de patiënt die bovenaan het formulier wordt genoemd.

B. Medische informatie van patiënten: Vul het juiste gedeelte in voor de patiënt die op het formulier wordt vermeld.

De huidige lengte- en gewichtsmetingen mogen niet meer dan 60 dagen vóór het WICap-punt van de patiënt worden uitgevoerd.

Vrouwen: Vul voor alle vrouwelijke patiënten de huidige lengte en het huidige gewicht en de opnamedatum in; de hemoglobine- of hematocrietwaarde en de opnamedatum; het aantal eerdere zwangerschappen; het aantal eerdere leveringen; en de datum waarop de prenatale zorg begon.

Zwangere vrouw: Komen in aanmerking voor WIC gedurende de duur van hun zwangerschap en tot zes weken na de bevalling. Tijdens de huidige zwangerschap moet bloedonderzoek naar hemoglobine of hematocriet worden uitgevoerd. Vul de geschatte bevallingsdatum, het aantal foetussen en het gewicht vóór de zwangerschap in.

Vrouwen na de bevalling/borstvoeding: Postpartumvrouwen die geen borstvoeding geven, komen in aanmerking voor WIC tot zes maanden na de bevalling/beëindiging. Vrouwen die borstvoeding geven komen in aanmerking tot maximaal één jaar na de bevalling. Bloedonderzoek naar hemoglobine of hematocriet moet plaatsvinden tijdens de postpartumperiode. Vul de bevallings-/beëindigingsdatum en de totale gewichtstoename tijdens de zwangerschap in.

Baby's en kinderen jonger dan 24 maanden: Vul alle beschikbare informatie in. Een hemoglobine- of hematocrietwaarde in het bloed is vereist tijdens de kindertijd tussen de leeftijd van 6 en 12 maanden (bij voorkeur tussen de leeftijd van 9 en 12 maanden). Eenmaal tussen de leeftijd van 1 en 2 jaar (bij voorkeur 6 maanden vanaf de waarde van het bloedonderzoek bij kinderen). Vermeld, indien beschikbaar, de waarde van de veneuze lead en de datum waarop deze is genomen.

Kinderen van 2 tot 5 jaar: Vul alle beschikbare informatie in. Kinderen komen tot hun vijfde verjaardag in aanmerking voor WIC. Als deze normaal blijkt te zijn, is de bloedonderzoekwaarde van hemoglobine of hematocriet eenmaal per jaar vereist. Als de waarde buiten het normale bereik ligt (<11,1 hemoglobine of <33% hematocriet), moet de waarde elke zes maanden opnieuw worden getest. Vermeld, indien beschikbaar, de waarde van de veneuze lead en de datum waarop deze is genomen.

C. Specifieke medische diagnose of voedings-/gezondheidsproblemen: Let op eventuele belangrijke medische diagnoses, geschiedenis of voedings-/gezondheidsproblemen.

Vermeld in deze rubriek eventuele specifieke voedingsadviezen die u uw patiënt wilt laten ontvangen. Andere voorbeelden van toepasselijke informatie voor deze rubriek kunnen huidige of verwachte complicaties bij de borstvoeding of voedselallergieën zijn. WIC-personeel moet mogelijk contact met u of uw personeel opnemen om meer gedetailleerde medische informatie te verkrijgen voordat ze WIC-diensten kunnen verlenen.

D. Informatie over zorgverleners: De aanbieder drukt de naam leesbaar af, ondertekent en dateert het formulier. De overige informatie in dit gedeelte kan met de hand zijn geschreven, of het formulier kan zijn afgestempeld met een kantoorstempel.

E. Vrijgeven van informatie: De patiënt of ouder/voogd van de patiënt schrijft de naam van de zorgverlener op de regel na "Ik geef toestemming" en tekent vervolgens aan het einde van de verklaring, waarmee hij akkoord gaat met het delen van relevante gezondheidsinformatie tussen de zorgverlener en de lokale WIC-instantie.

Geef het ingevulde formulier aan de patiënt of ouder/voogd om het naar het WICap-punt te brengen, of mail/fax het formulier naar het lokale adres van het WICa-bureau dat rechtsboven op het formulier wordt weergegeven.

Wij waarderen uw medewerking en partnerschap bij het dienen van de WIC-bevolking in New York.