|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kindergeneeskunde | | | | MEEKIJKCONSULT |
| Verwijsreden: | | Behandeladvies astma/ BHR | | |
| *Verwijsafspraak meekijkconsult* | | |  | |
|  | **Naam afspraak:** | | Meekijkconsult kindergeneeskunde | |
|  | Verwijscriteria: | | Patiënt met:  **- twijfel over diagnose astma/ BHR**  **- therapiefalen**  **- medicatie advies** | |
|  | **Traject in stadpoli:** | | **In principe eenmalig consult advies/beoordeling door kinderarts** | |
|  | **Voorbereiding door huisarts:** | | * verwijsbrief aanmaken en elektronisch verzenden * patiënteninformatie verstrekken | |
|  | **Aanwijzingen**  **voor huisarts:** | | Patiënt wordt eenmalig beoordeeld door de kinderarts en daarna in principe met advies weer terug verwezen naar de huisarts. | |
|  | **Aanwijzingen**  **voor patiënt:** | | * neem het groeiboekje van het consultatiebureau mee * neem actuele medicatie mee * neem ID mee | |
|  |  | |  | |
|  | **Gegevens in verwijsbrief:** | | * heldere hulpvraag * anamnese, lichamelijk onderzoek en voorgeschiedenis * eerdere verrichte longfunctietesten * differentiaal diagnose van de huisarts | |
|  | **Gegevens in terugbericht  (van specialist naar huisarts):** | | * diagnose * adviezen * voorstel voor aanvullende diagnostiek * advies bij blijvende klachten (plan B of verwijzing tweede lijn) | |
|  | | |  | |
|  | Exclusiecriteria: | | * **leeftijd < 2 jaar** * reeds in behandeling van de specialist voor hetzelfde probleem * patiënt met een WLZ-indicatie met Behandeling, zie hiervoor de notitie WLZ en meekijkconsulten, te raadplegen op <link MCC> | |
|  |  | |  | |
|  | | |  | |
|  |  | |  | |