

(HER)AANMELDINGS- EN AFMELDINGSFORMULIER TROMBOSEDIENST

Zonder schriftelijke aanmelding kan niet tot behandeling worden overgegaan.

Patiëntetiket

Naam	Datum	_____
Adres	Verwijzend arts	_____
Postcode/woonplaats	Specialisme	_____
Geboortedatum	Sein	_____
Geslacht M/V BSN	Opnamedatum	_____
Telefoonnummer	Opnamereden	_____
Verzekering/polisnummer	_____	_____
Huisarts	Ontslagdatum	_____

HERAANMELDING: indicatie ongewijzigd
 indicatie gewijzigd, svp op achterkant invullen

NIEUWE AANMELDING: antistollingsindicatie op achterzijde invullen
 Duur van de behandeling: 3 maanden 6 maanden 12 maanden onbepaalde tijd _____

DOSERINGSGEGEVENS EN TYPE VOORGESCHREVEN ANTICOAGULANTIA

Fenprocoumon (Marcoumar) Acenocoumarol

Datum*														
PT-INR*														
Dosering* Aantal tabletten														

* Indien aanwezig, in elk geval de laatste drie data, uitslagen en doseringen invullen.

Eerstvolgende bloedafname d.d. _____

polikliniek externe afnamelocatie _____ thuis (alleen na telefonisch overleg trombosedienst)

Tijdelijk adres: _____ Naar zorginstelling: _____

(LMW) HEPARINE nee ja, startdatum _____ einddatum _____

gewicht patiënt: _____ kg eGFR: _____ ml/min/slo

Fragmin Fraxiparine Fraxodi Overig, welke? _____ dosering _____

staken bij 1x een INR >2 (bij herstart) staken bij 2x een INR >2 (bij nieuwe aanmelding) anders, nl. _____

TROMBOCYTENAGGREGATIEREMMERS ja, naam _____ tot datum _____

OVERIGE MEDICATIE _____

Na klinisch ontslag kopie medicijnlijst bijvoegen

Zwangerschap: ja, vermoedelijke bevallingsdatum _____

DEFINITIEF AFMELDEN M.I.V. _____

Datum: _____
 Handtekening arts: _____

REDEN overleden ten gevolge van _____
 complicatie; contra-indicatie _____
 andere trombosedienst nl. _____
 DOAC, nl. _____
 einde indicatie _____

Indicatie voor antistollingsbehandeling

De indicatie bepaalt de intensiteitsgroep waarin de antistollingsbehandeling plaatsvindt:

1^e intensiteitsgroep (1): Therapeutische range INR 2.0-3.0 (Targetwaarde 2.7)

2^e intensiteitsgroep (2): Therapeutische range INR 2.5-3.5 (Targetwaarde 3.0)

Afwijkende intensiteit, namelijk: _____ **reden:** _____

Advies t.a.v. startdosering (voor nieuwe patiënten)

Fenprocoumon/Marcoumar (tabl. à 3mg)

	Normaal	Aangepast*
1 ^e dag	3	2
2 ^e dag	2	1
3 ^e dag	1	½

Acenocoumarol (tabl. à 1mg)

	Normaal	Aangepast*
1e dag	6	3
2e dag	4	2
3e dag	2	1

* Dosering zonodig aanpassen bijvoorbeeld bij oudere (≥70), zieke of gedecompenseerde patiënt.

Hoofdgroep	Indicaties	Intensiteit
Atriumfibrilleren (AF)	<input type="checkbox"/> Atriumfibrilleren (CHA ₂ DS ₂ VASC ≥1)	1
	<input type="checkbox"/> AF + (cerebrale) embolie, of hartfalen of reumatische mitralis hartklepstenose	1
	<input type="checkbox"/> AF + reumatische mitralis hartklepstenose + recidief systemische embolie tijdens antistolling	1
	<input type="checkbox"/> AF + stent bij acuut coronair syndroom	1
	<input type="checkbox"/> AF + stent bij stabiel coronair lijden	1
Bio-hartkleprothese	<input type="checkbox"/> Bio-kleprothese in mitralispositie	1
	<input type="checkbox"/> Biokleprothese + Risicofactor ¹	1
	<input type="checkbox"/> Mitralis hartklepreconstructie	1
	<input type="checkbox"/> Reumatische mitralis hartklepstenose + VG ² systemische embolie of wijd linker atrium >55mm	1
Cardiomyopathie (EF<35%) in bijzondere gevallen	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie + intra-cardiale trombus	2
	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie + aneurysma cordis	1
Cerebrale embolie in bijzondere gevallen	<input type="checkbox"/> Cryptogene cerebrale embolie tijdens acetylsalicylzuur of clopidogrel bij PFO, of aneurysma atriumseptum	1
Mechanische Hartkleprothese Type: _____ Locatie: _____	<input type="checkbox"/> Mechanische hartkleprothese ongeacht positie + systemische embolie tijdens adequate antistolling	2
	<input type="checkbox"/> Mechanische hartkleprothese oude generatie ongeacht positie	2
	<input type="checkbox"/> Mechanische aortahartkleprothese	1
	<input type="checkbox"/> Mechanische aortahartkleprothese + Risicofactor ¹	2
	<input type="checkbox"/> Mechanische mitralis, tricuspidalis of pulmonalis hartkleprothese	2
	<input type="checkbox"/> Mechanische mitralis, tricuspidalis of pulmonalis hartkleprothese + Risicofactor ¹	2
Perifeer arterieel vaatlijden	<input type="checkbox"/> Perifere artiële embolie zonder AF	besluit arts
	<input type="checkbox"/> Veneuze bypass	1
Pulmonale hypertensie	<input type="checkbox"/> Pulmonale hypertensie	1
Primaire Veneuze Trombo Embolie	<input type="checkbox"/> Eerste Longembolie, DVT been/bekken, DVT arm, overige locaties	1
Recidief Veneuze Trombo Embolie	<input type="checkbox"/> Recidief Longembolie en DVT bij adequate cumarinetherapie	2
	<input type="checkbox"/> Recidief Longembolie en DVT zonder adequate cumarinetherapie	1
Overige (zeldzame) indicaties	<input type="checkbox"/> (Recidiverende) tromboflebitis	1
	<input type="checkbox"/> Overige indicatie:	besluit arts

¹ Risicofactor: vergroot atrium, of (VG²) systemische embolie of myocard infarct of lage ejectiefractie of atriumfibrilleren

² VG: Voorgeschiedenis

Risicoverhogende factoren

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> verhoogde bloedingsneiging | <input type="checkbox"/> nierinsufficiëntie | <input type="checkbox"/> diabetische retinopathie met bloedingen en/of neovascularisatie |
| <input type="checkbox"/> malabsorptie syndroom | <input type="checkbox"/> wisselende mate van hartfalen | <input type="checkbox"/> overige _____ |
| <input type="checkbox"/> maligniteit | <input type="checkbox"/> (recent) bloedende laesie in de tractus digestivus | |
| <input type="checkbox"/> onvoldoende geregelde hypertensie | <input type="checkbox"/> leverinsufficiëntie | |
| <input type="checkbox"/> recente intracerebrale bloeding | | |

In te vullen door Trombosedienst

Checklist

Paraaf medewerkster trombosedienst: _____ / _____

Inschrijving gecontroleerd door arts trombosedienst

Datum _____ Paraaf _____

Trombosedienst Eindhoven

Tel. (040) 214 12 62 - Fax (040) 254 92 33
info@TDRE.nl

Trombosedienst Geldrop – St. Anna ZH

Tel. (040) 286 40 60 - Fax (040) 285 49 45
trombosedienst@st-anna.nl

Trombosedienst Helmond – Elkerliek ZH

Tel. (0492) 59 59 73 - Fax (0492) 59 50 59
trombosedienst@elkerliek.nl