

# (Her)aanmeldingsformulier trombosedienst

Zonder schriftelijke aanmelding kan niet tot behandeling worden overgegaan.  
Na klinisch ontslag gaarne kopie van ontslagbrief aan de trombosedienst sturen.

Naam	Hoofdbehandelaar
Voorletters	Verwijzend arts
Geslacht <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	Specialisme
Adres	Ziekenhuis
Postcode / Plaats	Telefoon <span style="float: right;">Pieper</span>
Geboortedatum	Oponamedatum
Telefoonnummer	Opnamereden
Mobiel	
Verzekering	Ontslagdatum
BSN	Huisarts
Tijdelijk adres	Apotheek

## Antistollingsindicatie

Indicatie:			
Afwijkende intensiteit	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, intensiteit:	Reden
Indicatie na opname gewijzigd	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Indien hartkleprothese	Welk type		Locatie
Duur van de behandeling	Weken	Maanden	Jaren/onbepaald
Gewenste stopdatum			
Mag behandeling automatisch gestaakt worden	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	
Is huisbezoek medisch noodzakelijk	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, tot wanneer	Reden
Gebruikt de patiënt zelfmeetapparatuur	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	

## Voorgeschreven anticoagulans: Fenprocoumon Marcoumar Acenocoumarol Overige:

Startdatum*										
INR										
Dosering (tabl)*										

\* Indien mogelijk graag opgeven vanaf startdatum en minimaal 4 dagen vanaf faxdatum.

(LMW) Heparine	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, startdatum	Einddatum
	Naam	Dosering
	<input type="checkbox"/> LMWH staken bij een INR van:	
Trombocytenaggregatieremmers	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke	Tot wanneer
Zwangerschap	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, vermoedelijke bevallingsdatum	
Overige medicatie	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke	
Overige opmerkingen		

## Risico verhogende factoren

<input type="checkbox"/> Verhoogde bloedingsneiging <input type="checkbox"/> Malabsorptie syndroom <input type="checkbox"/> Onvoldoende geregelde hypertensie <input type="checkbox"/> Maligniteit <input type="checkbox"/> Recente intracerebrale bloeding <input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie <input type="checkbox"/> Wisselende mate van hartfalen <input type="checkbox"/> Leverinsufficiëntie <input type="checkbox"/> Diabetische retinopathie met bloedingen en/of neovascularisatie <input type="checkbox"/> (Recent) bloedende laesie in de tractus digestivus <input type="checkbox"/> Overige: .....
---

Paraaf medewerker/ arts trombosedienst:	Verplicht: Naam en handtekening verwijzend arts
Datum:	Datum:

## Deze pagina niet invullen

De indicatie bepaalt de intensiteitsgroep waarin de antistollingsbehandeling plaatsvindt:

1e Intensiteitsgroep (1): Therapeutische range INR 2,0 - 3,0

2e Intensiteitsgroep (2): Therapeutische range INR 2,5 - 3,5

### Indicaties

	Hoofdgroep	Indicatie	Intensiteit
120	Atriumfibrilleren (AF)	Atriumfibrilleren	1
30	Kunstklep	Mechanische aortahartkleprothese nieuwe generatie zonder risicofactor *	1
30		Mechanische hartkleprothese overig	2
20	Overige hartchirurgie	Biokleprothese	1
230		Hartklepreconstructie (mitralis: MVP, tricuspidalis:TVP)	1
310	Hartziekten	Intra-cardiale trombus	2
310		Aneurysma cordis	1
140		Reumatische mitralis hartklepstenose + voorgeschiedenis systemische embolie of wijd linker atrium >55mm	1
130	Perifeer arterieel vaatlijden	Perifere arteriële embolie	<b>Op aangeven behandelaar</b>
510		Veneuze bypass	1
370	Veneuze Trombo-Embolie	(Recidief) veneuze trombose / longembolie	1
360		Recidief trombo-embolie bij adequate cumarinetherapie	2
170	Overige (zeldzame) indicaties	Cerebrale embolie bij persistent foramen ovale	1
115		Cerebrale embolie bij aneurysma atriumseptum	
650		Pulmonale hypertensie	1
650		(Recidiverende) tromboflebitis	1
650		Overige (zeldzame) indicaties	<b>Op aangeven behandelaar</b>

\* Risicofactor: vergroot atrium, of in voorgeschiedenis systemische embolie of myocard infarct of lage ejectiefractie of atriumfibrilleren