

Zonder schriftelijke aanmelding kan niet tot behandeling worden overgegaan. Na klinisch ontslag graag 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	Pieper
Geboortedatum		Opnamedatum	
Telefoonnummer		Opnamereden	
Mobiel			
Verzekering		Ontslagdatum	
BSN		Huisarts	
Tijdelijk adres		Apotheek	

Antistollingsindicatie	(zie voor informatie achterzijde)		
Afwijkende intensiteit	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, intensiteit:		Reden
Indicatie na opname gewijzigd	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	Opnamereden	
Indien hartklepprothese	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:	<input type="checkbox"/> Fenprocoumon	<input type="checkbox"/> Marcoumar	<input type="checkbox"/> Acenocoumarol	<input type="checkbox"/> 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 (TARs)	<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:		

Invullen door medewerker trombosedienst	Verplicht: Naam en handtekening verwijzend arts
Wijknummer:	
Voorkeursdag:	
Medewerker:	Datum



