



Geboortedatum:	Tijdelijk adres:
Dhr./Mevr.:	Postcode/Plaats:
Adres:	Telefoon:
Postcode/Plaats:	
Telefoon:	2e Telefoon:
Verzekering:	Wilt U controleren of het ponsplaatje goed leesbaar is afgedrukt !!!!!!!
Huisarts:	

Hierbij verzoekt ondergetekende, behandelend arts, de antistollingsbehandeling te starten c.q. voort te zetten:

Naam specialist:	Ziekenhuis:
Specialisme:	Datum :
Naam arts-assistent:	
Pieper/doorkiesnummer:	Handtekening:

Wilt u niet vergeten hieronder de opname-indicatie in te vullen en de indicatie voor antistolling aan te kruisen?

Opnamedatum:	PT bij opname:	Ontslagdatum:
Opname-indicatie:		
Huisbezoek	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
Reden:		

Duur antistollingsbehandeling: **Hierna:** stoppen overleg

Doseringsgegevens voorgeschreven anticoagulans: Fenprocoumon 3 mg Acenocoumarol 1 mg

Datum																				
Dosering in tabletten																				
PT (INR)																				

Andere geneesmiddelen, eventuele zwangerschapsgegevens en overige opmerkingen:	Gewijzigd / aangevuld
---	------------------------------

Indicatie(s) voor antistolling (toelichting punt 5 z.o.z.)

<p>Cardiaal:</p> <input type="checkbox"/> *42 Hartinfarct <input type="checkbox"/> *41 Rec. hartinfarct <input type="checkbox"/> *43 Angina pectoris <input type="checkbox"/> 64 Atrium fibrillatie <input type="checkbox"/> 65 Andere ritmestoornissen <input type="checkbox"/> *11 Kunstklepprothese Type: Locatie: <input type="checkbox"/> *61 Bioklepprothese Type: Locatie: <input type="checkbox"/> *44 Coronaire bypass <input type="checkbox"/> *45 PTCA <input type="checkbox"/> *46 Coronaire stent	<input type="checkbox"/> 66 Overige hartoperaties <input type="checkbox"/> *34 Aneurysma cordis <input type="checkbox"/> *32 Hartklepgebrek <input type="checkbox"/> *33 Cardiomyopathie <input type="checkbox"/> 96 Decompensatio cordis <p>Cerebraal</p> <input type="checkbox"/> *23 Cerebrale embolie <input type="checkbox"/> *21 Rec. cer. embolie <input type="checkbox"/> 98 TIA <input type="checkbox"/> 97 Cerebro vasculaire insuff. <p>Perifere vaten</p> <input type="checkbox"/> *24 Per. art. embolie <input type="checkbox"/> *22 Rec. art. embolie <input type="checkbox"/> *54 Vaatchirurgie incl. dotter <input type="checkbox"/> *52 Perifere atherosclerose	<input type="checkbox"/> *53 Andere art. trombose <input type="checkbox"/> *55 Vaatchirurgie art. carotis <p>Veneus</p> <input type="checkbox"/> 81 Longembolie <input type="checkbox"/> 71 Rec. longembolie <input type="checkbox"/> 82 Trombosebeen <input type="checkbox"/> 72 Rec. trombosebeen <input type="checkbox"/> 83 Trombosearm <input type="checkbox"/> 73 Rec. trombosearm <input type="checkbox"/> *62 71/72/73 onder adequate a.s. <input type="checkbox"/> *63 Lupus anticoagulans <p>Diagnose geobjectiveerd door: Doppler / Scan / Venografie Andere:</p>	<p>Profylaxe</p> <input type="checkbox"/> 91 Kortdurende profylaxe <input type="checkbox"/> 92 Langdurende profylaxe <input type="checkbox"/> 93 Postoperatief <input type="checkbox"/> 94 Trombocytose <input type="checkbox"/> 95 Fam.tromboseneiging <p>Overige indicaties</p> <input type="checkbox"/> *39 Arterieel..... <input type="checkbox"/> 99 Veneus <p>Relatieve contra-indicaties:</p> <input type="checkbox"/> Zwangerschap (wens) <input type="checkbox"/> Bloedingen in het verleden <input type="checkbox"/> Leverfunctiestoornissen <input type="checkbox"/> Hypertensie: <input type="checkbox"/> Overig
--	--	--	---

In te vullen door de Trombosedienst !!!

O/N	Patiëntnummer:	Eindcontroleparaaf:	Paraaf Administratie:
	1e prikdatum:		Paraaf AMTD:
N/N	Code:		Paraaf doseerarts:

Dit formulier is speciaal ontworpen voor verzending via een FAX

U hoeft dit formulier na verzending per FAX **niet** meer per post te verzenden !!

Wij verzoeken u vriendelijk het faxformulier volledig en duidelijk in te vullen en willen u op de volgende punten wijzen:

- 1) Wanneer de patiënt ontslagen wordt, wilt u dan (indien mogelijk) een dosering voor minimaal 1 week voorschrijven en deze dosering op het faxformulier vermelden? De dag na ontvangst van het faxformulier nemen wij contact op met de patiënt om af te spreken, wanneer hij of zij voor de eerste maal door ons zal worden gecontroleerd. **Wilt u de ziekenhuislijst met alle INR's en de door de patiënt gebruikte hoeveelheid anticoagulans meefaxen !!**
- 2) Indien het faxformulier na verzending aan ons niet duidelijk leesbaar is cq. niet compleet is ingevuld, sturen wij dit formulier per FAX terug met het verzoek om het opnieuw te verzenden.
!! Let op een goede afdruk van het ponsplaatje !!
- 3) Wanneer een patiënt mede behandeld is door een arts-assistent, wilt u dan zowel de naam van de specialist als de naam van de arts-assistent vermelden?
- 4) Wilt u het aan de voorzijde vermelde telefoonnummer niet aan patiënten doorgeven? Op elke doseringsbrief, die de patiënt ontvangt wordt het telefoonnummer vermeld waarmee met de medewerker van de trombosedienst contact kan worden opgenomen (070 - 3720372).
- 5) Afhankelijk van de indicatie wordt de patiënt ingedeeld in één van de twee landelijk vastgestelde intensiteitsgroepen:

Lage intensiteitsgroep (groep A):

Streefgebied	2.5 - 3.5 INR	optimaal 3.0 INR
--------------	---------------	------------------

Hoge intensiteitsgroep (groep B):

Streefgebied	3.0 - 4.0 INR	optimaal 3.5 INR
--------------	---------------	------------------

De indicaties met hoge intensiteit zijn aangegeven met een asterisk (*).

Indien er medische redenen zijn een patiënt meer of minder intensief te antistollen verzoeken wij u dat aan de voorzijde van het formulier bij "opmerkingen" te vermelden.

Intensiteitsgroep zeer zeer laag: 2.0 - 2.5 INR (groep C)

Intensiteitsgroep zeer laag: 2.0 - 3.0 INR (groep D)

Intensiteitsgroep zeer hoog: 3.5 - 4.5 INR (groep E)

- 6) In het kader van wettelijke regelingen is het de trombosedienst niet toegestaan een patiënt te gaan behandelen zonder een door de behandelend arts ondertekende verwijzing / aanmeldingsformulier.

FAX: 070-3942077