

(HER)AANMELDINGS- EN AFMELDINGSFORMULIER TROMBOSEDIENST

Zonder schriftelijke aanmelding kan niet tot behandeling worden overgegaan.

Patiëntetiket

Form with fields: Naam, Adres, Postcode/woonplaats, Geboortedatum, Geslacht M/V, BSN, Telefoonnummer, Verzekering/polisnummer, Huisarts

Form with fields: Datum, Verwijzend arts, Ziekenhuis, Specialisme, Opnamedatum, Opnamereden, Ontslagdatum

Form with checkboxes: HERAANMELDING, NIEUWE AANMELDING, Dur van de behandeling

DOSERINGSGEGEVENS EN TYPE VOORGESCHREVEN ANTICOAGULANTIA

Form with checkboxes: Fenprocoumon, Acenocoumarol, Overige VKA

Table with columns for Datum, PT-INR, and Dosering/Aantal tabletten

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

Form with fields: Eerstvolgende bloedafname d.d., polikliniek, externe afnamelocatie, thuis, Tijdelijk adres, Naar zorginstelling

Form with fields: (LMW) HEPARINE, nee/ja, startdatum, einddatum, gewicht patiënt, eGFR, Fragmin, Fraxiparine, Fraxodi, Overig, welke?, dosering, staken bij 1x een INR >2

Form with fields: TROMBOCYTENAGGREGATIEREMMERS, ja, naam, tot datum

Form with field: OVERIGE MEDICATIE

Form with field: Zwangerschap: ja, vermoedelijke bevallingsdatum

Form with field: DEFINITIEF AFMELDEN M.I.V.

Form with field: REDEN, overleden ten gevolge van, complicatie; contra-indicatie, andere trombosedienst nl., DOAC, nl., einde indicatie

Form with fields: Datum, Handtekening arts

## Indicatie voor antistollingsbehandeling

De indicatie bepaalt de intensiteitsgroep waarin de antistollingsbehandeling plaatsvindt:

**1<sup>e</sup> intensiteitsgroep (1): Therapeutische range INR 2.0-3.0**

**2<sup>e</sup> intensiteitsgroep (2): Therapeutische range INR 2.5-3.5**

**Afwijkende intensiteit, namelijk: \_\_\_\_\_ reden: \_\_\_\_\_**

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

**Fenprocoumon/Marcoumar (tabl. à 3mg)**

	Normaal	Aangepast*
1 <sup>e</sup> dag	3	2
2 <sup>e</sup> dag	2	1
3 <sup>e</sup> 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
<b>Atriumfibrilleren (AF)</b>	<input type="checkbox"/> Atriumfibrilleren (CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> 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
<b>Bio-hartklepprothese</b>	<input type="checkbox"/> Bio-klep prothese in mitralispositie	1
	<input type="checkbox"/> Bioklep prothese + Risicofactor <sup>1</sup>	1
	<input type="checkbox"/> Mitralis-hartklepreconstructie	1
	<input type="checkbox"/> Reumatische mitralis hartklepstenose + VG <sup>2</sup> systemische embolie of wijd linker atrium >55mm	1
<b>Cardiomyopathie (EF&lt;35%) in bijzondere gevallen</b>	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie + intra-cardiale trombus	2
	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathie + aneurysma cordis	1
<b>Cerebrale embolie in bijzondere gevallen</b>	<input type="checkbox"/> Cryptogene cerebrale embolie tijdens acetylsalicylzuur of clopidogrel bij PFO, of aneurysma atriumseptum	1
<b>Mechanische Hartklep prothese</b> Type: _____ Locatie: _____	<input type="checkbox"/> Mechanische hartklep prothese ongeacht positie + systemische embolie tijdens adequate antistolling	2
	<input type="checkbox"/> Mechanische hartklep prothese oude generatie ongeacht positie	2
	<input type="checkbox"/> Mechanische aortahartklep prothese	1
	<input type="checkbox"/> Mechanische aortahartklep prothese + Risicofactor <sup>1</sup>	2
	<input type="checkbox"/> Mechanische mitralis, tricuspidalis of pulmonalis hartklep prothese	2
	<input type="checkbox"/> Mechanische mitralis, tricuspidalis of pulmonalis hartklep prothese + Risicofactor <sup>1</sup>	2
<b>Perifeer arterieel vaatlijden</b>	<input type="checkbox"/> Perifere artiële embolie onder AF	besluit arts
	<input type="checkbox"/> Veneuze bypass	1
<b>Pulmonale hypertensie</b>	<input type="checkbox"/> Pulmonale hypertensie	1
<b>Primaire Veneuze Trombo-Embolie</b>	<input type="checkbox"/> Eerste Longembolie, DVT been/bekken, DVT arm, overige locaties	1
<b>Recidief Veneuze Trombo-Embolie</b>	<input type="checkbox"/> Recidief Longembolie en DVT bij adequate cumarinetherapie	2
	<input type="checkbox"/> Recidief Longembolie en DVT zonder adequate cumarinetherapie	1
<b>Overige (zeldzame) indicaties</b>	<input type="checkbox"/> (Recidiverende) tromboflebitis	1
	<input type="checkbox"/> Overige indicatie:	besluit arts

<sup>1</sup> Risicofactor: vergroot atrium, of (VG<sup>2</sup>) systemische embolie of myocard infarct of lage ejectiefractie of atriumfibrilleren

<sup>2</sup> 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

Inschrijving gecontroleerd door arts trombosedienst

Datum \_\_\_\_\_ Paraaf \_\_\_\_\_

Checklist / Intake gepland door medewerkster trombosedienst:

Datum \_\_\_\_\_ Paraaf \_\_\_\_\_

### Trombosedienst Eindhoven

Tel. (040) 888 82 90 - Fax (040) 254 92 33  
[trombosedienst.vhv@mmc.nl](mailto:trombosedienst.vhv@mmc.nl)

### Trombosedienst Geldrop – St. Anna ZH

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

### Trombosedienst Helmond – Elkerliek ZH

Tel. (0492) 59 59 73 - Fax (0492) 59 50 59  
[trombosedienst@elkerliek.nl](mailto:trombosedienst@elkerliek.nl)