

**(HER) AANMELDINGSFORMULIER**

Naam \_\_\_\_\_  Man  Vrouw  
 Voorletters \_\_\_\_\_  
 Geboortedatum \_\_\_\_\_  
 Adres \_\_\_\_\_  
 Postcode/Plaats \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_  
 Tel(2<sup>e</sup>): \_\_\_\_\_  
 Verzekering \_\_\_\_\_  
 Inschrijfsnummer \_\_\_\_\_  
 Huisarts \_\_\_\_\_  
 Apotheek \_\_\_\_\_  
 BSN-nummer \_\_\_\_\_

Alleen in te vullen door Trombosedienst

Vaste controle locatie \_\_\_\_\_  
 Alt. controle locatie \_\_\_\_\_  
 Inschrijvingsdatum \_\_\_\_\_  
 medewerker \_\_\_\_\_  
 controle inschrijving door \_\_\_\_\_

**Sticker**

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

Naam arts _____ Specialisme _____ <b>Antistollings-indicatie (z.o.z.)</b> _____ Begindatum _____ <b>CHADS2-VASc</b> _____	Ziekenhuis _____ Datum _____ <b>Opname datum</b> _____ Reden _____ <b>Ontslag datum</b> _____	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"><b>Handtekening Verplicht</b></div> Is indicatie na opname gewijzigd <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
---	---	--

**Afwijkende intensiteit** \_\_\_\_\_ Reden \_\_\_\_\_  
*Indien u geen nadere aanwijzing geeft, wordt bij de dosering de intensiteitsgroep gehanteerd die bij de betreffende indicatie behoort.*  
 Behandeldingsduur  6 Weken  3 Maanden  6 Maanden  1 Jaar  Levenslang  Anders, nl: \_\_\_\_\_

Automatisch staken van de behandeling na afloop bovenvermelde periode  
 Ja. U ontvangt geen correspondentie over het staken van de behandeling  
 Nee. U ontvangt voor het verstrijken van de bovenvermelde periode correspondentie of de behandeling moet worden voortgezet.

Is de patiënt al eerder behandeld bij de Trombosedienst?  Nee  Ja, datum \_\_\_\_\_  
 Is medisch gezien huisbezoek noodzakelijk?  Nee  Ja, tot wanneer \_\_\_\_\_  
 Reden \_\_\_\_\_

**Doseringsgegevens voorgeschreven anticoagulantia**

Fenprocoumon /Marcoumar®  Acenocoumarol  Warfarine  Anders, nl: \_\_\_\_\_

(Start)datum*														
INR														
Dosering (tabel)*														

\*Indien mogelijk graag opgeven vanaf startdatum

**(LMW) Heparine**  Ja, naam toegepaste LMWH \_\_\_\_\_ ml/IE  1 x dd \_\_\_\_\_ ml/IE  2 x dd \_\_\_\_\_  
 Van (begindatum) \_\_\_\_\_ Tot (einddatum) \_\_\_\_\_  LMWH staken bij een INR van \_\_\_\_\_

**Zwangerschap**  Ja Vermoedelijke bevallingsdatum \_\_\_\_\_

**Overige medicatie** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Risico verhogende factoren**

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

**Ruimte beschikbaar voor Trombosedienst** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DE TROMBOSEDIENST ONTVANGT GAARNE EEN KOPIE VAN ALLE MEDISCHE CORRESPONDENTIE OVER DEZE PATIËNT**

# INDICATIE VOOR ANTISTOLLINGSBEHANDELING

SVP de indicatie aan de voorzijde van dit formulier vermelden, zeker bij faxen

		INTENSITEITS- GROEP	CARDIAAL	INTENSITEITS- GROEP	CARDIAAL
	Afhankelijk van de indicatie wordt de patiënt ingedeeld in één van de volgende intensiteitsgroepen		1 atriumfibrillatie (AF) 1 andere ritmestoornis, gaarne specificatie 2 aneurysma cordis +/- stolsel 2 cardiomyopathie 1 decompensatio cordis  2 hartinfarct 2 recidief 2 angina pectoris 2 coronaire stenting 2 coronaire vaatchirurgie  2 mitraliskunstklep prothese 2 mitralis+ aortakunstklep prothese 2 aortakunstklep prothese met atriumfibrillatie 1 aortakunstklep prothese zonder atriumfibrillatie 2 pulmonaliskunstklep prothese met AF 2 pulmonaliskunstklep prothese zonder AF 2 tricuspidaliskunstklep prothese met AF 2 tricuspidaliskunstklep prothese zonder AF  1 klepplastiek 1 bioklep prothese 2 overige cardiale indicatie, gaarne specificatie		<b>CEREBRAAL</b> 1 cerebrale embolie met AF 2 cerebrale embolie zonder AF 2 recidief cerebrale embolie 1 cerebraal infarct 1 recidief cerebraal infarct 1 TIA 1 overige cerebrale indicatie, gaarne specificatie
<b>1e intensiteits-groep</b>	INR 2.0-3.0				<b>BEHANDELING VENEUZE TROMBO-EMBOLIE</b> 1 diep veneuze trombose van het been 1 recidief veneuze trombose van het been zonder antistolling 2 recidief veneuze trombose van het been onder adequate antistolling  1 diep veneuze trombose van de arm 1 recidief veneuze trombose van de arm zonder antistolling 2 recidief veneuze trombose van de arm onder adequate antistolling  1 veneuze trombose elders in het lichaam, gaarne specificatie 1 recidief veneuze trombose elders in het lichaam zonder antistolling 2 recidief veneuze trombose elders in het lichaam onder adequate antistolling
<b>2e intensiteits-groep</b>	INR 2.5-3.5				1 longembolie 1 recidief longembolie zonder antistolling 2 recidief longembolie onder adequate antistolling  1 oppervlakkige tromboflebitis 1 recidief oppervlakkige tromboflebitis  1 overige veneuze indicatie, gaarne specificatie
			<b>ARTERIEEL</b> 2 perifeer arterieel vaatlijden (atherosclerose) 2 perifeer arteriële vaatchirurgie, gaarne specificatie 2 perifeer arteriële stenting 1 perifeer arteriële embolie met AF 2 perifeer arteriële embolie zonder AF 2 recidief perifeer arteriële embolie 1 pulmonale hypertensie 1 atherosclerotische placque in de aorta 2 overige arteriële indicatie, gaarne specificatie		<b>PROFYLAXE VENEUZE TROMBO-EMBOLIE</b> 1 postoperatief 1 profylaxe 1 trombofilie

De Trombosedienst Leiden heeft de voorkeur voor gebruik van Fenprocoumon /Marcoumar® omdat dit een stabielere antistolling geeft. Advies t.a.v. startdoserings:

Fenprocoumon /Marcoumar® (tabl. à 3 mg)

	Normaal	Aangepast
1 <sup>e</sup> dag	4	3
2 <sup>e</sup> dag	2	1
3 <sup>e</sup> dag	1	1/2

Acenocoumarol (tabl. à 1 mg)

	Normaal	Aangepast
1 <sup>e</sup> dag	6	4
2 <sup>e</sup> dag	4	2
3 <sup>e</sup> dag	2	1

Dosering aanpassen bijvoorbeeld bij oudere, zieke of gedecompenseerde patiënt.

Aanmelden bij de trombosedienst voor INR bepaling zo mogelijk na de 2<sup>e</sup> dag.

De aanmelding bij de trombosedienst dient zowel schriftelijk als telefonisch te gebeuren, zo spoedig mogelijk na het opstarten van de trombosebehandeling.