

Formulier bestemd voor wijziging in de antistollingsbehandeling of het staken ervan

Naam patiënt: _____ man vrouw

Geboortedatum: _____

Patiëntnummer trombosedienst (indien bekend) _____

Ondergetekende,

Naam arts: _____ Ziekenhuis _____

Adres : _____ Afdeling _____

Plaats : _____

Verklaart dat bovengenoemde patiënt:

- Mag staken met de antistolling met ingang van: _____
De reden van staken: einde behandelingsperiode
 over op ander antistollingsmiddel, namelijk: _____
 patiënt is terminaal
 complicatie / contra-indicatie, graag specificatie:
 datum van optreden _____
 bloeding, locatie
 trombo-embolie, locatie, type (hersenen-,
hartinfarct, trombosebeen, longembolie etc)

- "Levenslang" de antistollingsbehandeling moet continueren;
Op indicatie _____
- De antistollingsbehandeling nog gedurende _____ weken / maanden moet
continueren.
- Alvorens de patiënt te stoppen, graag nogmaals overleg met de Trombosedienst door
middel van een brief als deze.

Plaats _____ Datum _____ Handtekening, _____