# Communicatieformulier (bij staken / switchen antistolling)

(Star-shl: Trombosedienst@star-shl.nl, Fax: 010-2071633, tel: 088-0209530)

|  |  |
| --- | --- |
| Naam patiënt |  |
| Adres |  |
| Geboortedatum |  |
| Patiëntnummer |  |

Hierbij verzoekt ondergetekende, behandelend arts,

**De antistollingsbehandeling definitief te stoppen op**:

|  |  |
| --- | --- |
| Reden: |  |
| □ Indicatie voor antistolling is vervallen |  |
| □ Gaat over op andere antistolling, patiënt is geïnstrueerd, namelijk: | □ Trombocytenaggregatieremmer |
|  | □ DOAC (zie onder voor switch). Reden: |
|  | □ LMWH |
| □ Bloeding toelichting: |  |
| □ Overleden: tgv bloeding/trombose? Ja\*/nee \* toelichting gewenst |  |
| □ Overig: |  |

**De antistollingsbehandeling tijdelijk te staken tot:**

|  |  |
| --- | --- |
| Reden: |  |

**Te begeleiden in switch antistolling: (NB: behandelend arts zorgt voor recept!)**

|  |
| --- |
| □ Switch van Coumarinen naar Directe Orale Anticoagulantia (DOAC)Namelijk Dabigatran / Rivaroxaban/ Apixaban / Edoxaban in dosering: ………dd ……...mg |
| □ Begeleiding in switch door medisch specialist / Trombosedienst. Doorhalen wat niet van toepassing is |
| □ Switch van DOAC naar coumarinen (namelijk Fenprocoumon / Acenocoumarol) |
| □ Switch van Fenprocoumon naar Acenocoumarol |
| □ Switch van Acenocoumarol naar Fenprocoumon |
| □ Overig: |

**De periode van de behandeling te verlengen tot:**

|  |
| --- |
| Reden: |

**De intensiteitsgroep te wijzigen naar:**

|  |
| --- |
| □ 1ᵉ intensiteitsgroep: streefgebied 2.0-3.0 INR (optimale streefwaarde 2.7 INR) |
| □ 2ᵉ intensiteitsgroep: streefgebied 2.5-3.5 INR (optimale streefwaarde 3.0 INR) |
| □ Overig, namelijkReden: |

**Gegevens arts:**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam arts |  |
| Specialisme |  |
| Ziekenhuis |  |
| Telefoonnummer |  |
| Datum |  |
| Handtekening |  |

Het ingevulde formulier sturen naar de trombosedienst:

Mail: trombosedienst@star-shl.nl

Fax: (010) 207 11 63

Tel: 088-0209530

Adres: Vlambloem 21, 3068JE Rotterdam