

Naam patiënt:

Adres:

Geboortedatum:

Patiëntnummer:

Vlambloem 21
Postbus 8661
3009 AR, Rotterdam
T 088 020 95 30
F 010 207 11 63
tdlijn@star-shl.nl
star-shl.nl

.....

Geachte collega,

Uw patiënt ondergaat binnenkort een ingreep.

Wij verzoeken u vriendelijk onderstaand aanvraagformulier bij ingrepen/bridging in te vullen.

De medewerkers van Star-shl trombosedienst zullen zorgdragen voor het gewenste beleid rondom de ingreep (inclusief recept LMWH, prikinstructies, aantal dagen stoppen en eventueel vitamine K).

Wanneer u zelf zorgdraagt voor de overbrugging, brengt u ons daar dan alstublieft van op de hoogte.

.....

Handtekening/naam specialist/huisarts:

NB: het aanvraagformulier bij ingrepen/bridging graag faxen naar 010 207 11 63

Indien u vragen heeft kunt u bellen naar 088 020 95 30.

Hartelijke groet,

Antistollingsarts Star-shl

Houdt u alstublieft rekening met het volgende:

- *Op vrijdagen (of de dagen vóór feestdagen) kunnen overbruggingen waarvan het aanvraagformulier na 12.00 uur binnenkomt niet meer door ons georganiseerd worden.*
- *Ingrepen waarvoor het 'aanvraagformulier overbrugging bij ingrepen' minder dan 5 (bij gebruik van acenocoumarol) of 7 (bij gebruik van fenprocoumon) werkdagen van tevoren bij ons binnenkomen, kunnen door ons niet meer georganiseerd worden.*

Naam patiënt:

Adres:

Geboortedatum:

Patiëntnummer:

Vlambloem 21
Postbus 8661
3009 AR, Rotterdam
T 088 020 95 30
F 010 207 11 63
tdlijn@star-shl.nl
star-shl.nl

Ingrepen formulier t.b.v. patiënten die Vitamine K Antagonisten gebruiken onder controle van de trombosedienst.

Datum ingreep:.....

 Opname Poliklinisch

Naam ingreep:.....

In te vullen door uitvoerder ingreep***NB: trombosedienst spreekt dosering af om de gewenste INR te bereiken!***

- Antistolling NIET onderbreken. Ingreep is niet/nauwelijks bloedig INR 2.0-2.5
Bridging niet nodig, ga direct naar ondertekening.
- Matig (na)bloedingsrisico. Antistolling verminderen tot INR 1.5-2.0
Overweeg bridging. Vul het bridging formulier in, indien van toepassing.
- Hoog (na)bloedingsrisico. Antistolling verminderen tot INR < 1.5
Overweeg bridging. Vul het bridging formulier in, indien van toepassing.

Bridging nodig:

- Ja** (indien bridging geregeld moet worden door Star-shl verzoeken wij u zowel het ingrepen- en het bridging formulier te faxen naar 010 207 11 63)
- Nee** (het ingrepen formulier faxen naar 010 207 11 63)

Naam (tand)arts: Specialisme:

Tel: Ziekenhuis:

DATUM:

HANDTEKENING:

Houdt u alstublieft rekening met het volgende:

- Op vrijdagen (of de dagen vóór feestdagen) kunnen overbruggingen waarvan het aanvraagformulier na 12.00 uur binnenkomt niet meer door ons georganiseerd worden.
- Ingrepen waarvoor het 'aanvraagformulier overbrugging bij ingrepen' minder dan 5 (bij gebruik van acenocoumarol) of 7 (bij gebruik van fenprocoumon) werkdagen van tevoren bij ons binnenkomen, kunnen door ons niet meer georganiseerd worden.

Naam patiënt:

Adres:

Geboortedatum:

Patiëntnummer:

Vlambloem 21

Postbus 8661

3009 AR, Rotterdam

T 088 020 95 30

F 010 207 11 63

tdlijn@star-shl.nl

star-shl.nl

Bridging formulier (Richtlijnen Antitrombotisch beleid)

Naam ingreep:.....

Datum ingreep:...../...../.....

Gewicht patiënt:.....kg

Hoog risico* (Behandeling met therapeutische LMWH)

- Atriumfibrilleren (zonder klepgebrek) CHA2DS2VASc score **8-9**
- Atriumfibrilleren met reumatische hartziekte
- Atriumfibrilleren met MHV of recent < 6 maanden geleden herseninfarct/TIA
- MHV(mechanische hartklep) in mitralispositie
- Hartklepprothese <3 maanden geleden geplaatst
- Hartklepprothese met extra risicofactor (AF,linkerventrikel ejectiefractie <35%, trombo-embolie in voorgeschiedenis)
- MHV oud model (caged ball, till disc (Starr Edwards,Bjork Shiley))
- Intracardiale thrombus
- Recente VTE < 3 mnd geleden
- Recidiverende VTE < 3 mnd geleden

Bij verminderde nierfunctie* MDRD-GFR klaring 30-60 ml/min: 75% van normale dosis

- Kreatinine:µmol/L MDRD/GFR klaring:.....ml/min/op (labuitslagen van maximaal 6 maanden oud)
- Aangepaste dosis fragmindd.....EH

Bij onvoldoende nierfunctie* MDRD-GFR klaring <30 ml/min

- Kreatinine:µmol/L MDRD/GFR klaring:.....ml/min/op (labuitslagen van maximaal 1 maand oud)
- LMWH's dosering altijd/alleen in overleg met nefroloog

CHA2DS2VASc score 0-9* (alleen invullen indien patiënt bekend is met Atrium Fibrilleren)

- | | | | |
|--------------------------|-----------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | C | Chronisch hartfalen | 1 |
| <input type="checkbox"/> | H | Hypertensie>140/90 (of behandelde HT | 1 |
| <input type="checkbox"/> | A2 | Leeftijd >75 jaar | 2 |
| <input type="checkbox"/> | D | Diabetes Mellitus | 1 |
| <input type="checkbox"/> | S2 | Eerder CVA of TIA of trombo-embolie | 2 |
| <input type="checkbox"/> | V | Vasculaire ziekte (PAOD,Myocard Infarct) | 1 |
| <input type="checkbox"/> | A | Leeftijd 65-74 | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Sc | Geslacht (ie.Vrouwelijk) | 1 |

* Aangeven wat van toepassing is.

Naam arts:

Handtekening: