

Naam patiënt:.....

Adres:.....

Geboortedatum:.....

Patiëntnummer:

Vlambloem 21
Postbus 8661
3009 AR Rotterdam
Star-shl
Tel: 088-0209530
Fax: 010-2071163
trombosedienst@star-shl.nl
www.star-shl.nl

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

NB: De trombosedienst spreekt de dosering af om de gewenste INR te bereiken en geeft herstartdosering !

De medewerkers van trombosedienst Star-shl zullen zorgdragen voor het gewenste beleid rondom de ingreep (inclusief recept LMWH en evt. vit K)

Als u zelf zorg draagt voor de overbrugging wilt u ons daarvan dan op de hoogte brengen?

In te vullen door uitvoerder ingreep

Datum ingreep:

Opname Poliklinisch

Naam ingreep:

Laag (na)bloedingsrisico: Antistolling NIET onderbreken. Ingreep is niet/nauwelijks bloedig INR 2.0-3,0

Bridging niet nodig, ga direct naar ondertekening

Intermediair (na)bloedingsrisico. Antistolling verminderen tot INR <1,7
Overweeg bridging. Vul het bridging formulier in, indien van toepassing

Hoog (na)bloedingsrisico. Antistolling verminderen tot INR < 1,7
Overweeg bridging. Vul het bridging formulier in, indien van toepassing

Bridging nodig:

- ja** door uitvoerder, door Star-shl (*Vul ook het bridging formulier hieronder in*)
- nee**

Naam (tand)arts: Specialisme:

Tel: Ziekenhuis:

DATUM: HANDTEKENING:

**NB: Het aanvraagformulier bij ingrepen/bridging graag mailen naar trombosedienst@star-shl.nl of faxen naar 010-2071163. Bij vragen: bel 088-2029530
Aanvragen voor bridging minder dan 4 werkdagen voor de ingreep kunnen niet altijd tijdig meer geregeld worden.**

Naam patiënt:.....

Adres:.....

Geboortedatum:.....

Patiëntnummer:

Vlambloem 21
Postbus 8661
3009 AR Rotterdam
Star-shl
Tel: 088-0209530
Fax: 010-2071163
trombosedienst@star-shl.nl
www.star-shl.nl

Bridging formulier (Richtlijnen Antitrombotisch beleid)

Naam ingreep:.....

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

Gewicht patiënt.....kg

Hoog tromboserisico* (Behandeling met therapeutisch LMWH)

- Atriumfibrilleren (zonder klepgebrek) CHA₂DS₂VASc score **8-9**
- Atriumfibrilleren met reumatische hartziekte
- Atriumfibrilleren met mechanische hartklep
- Atriumfibrilleren met recent < 6 maanden geleden herseninfarct/TIA
- Mechanische hartklep in mitralis-, tricuspidalis- of pulmonalispositie
- Hartkleprothese <3 maanden geleden geplaatst, op indicatie operateur
- Mechanische hartklep in aortapositie met extra risicofactor (AF, linkerventrikel ejectiefractie <35%, trombo-embolie in voorgeschiedenis) in overleg met operateur
- Mechanische hartklep oud model (caged ball, tilting disc (Starr Edwards, Bjork Shiley))
- Intracardiale thrombus
- Recente 1e of recidief VTE < 3 mnd geleden
- Recidief VTE onder antistolling
- Recidief VTE bij eerdere tijdelijke onderbreking van antistolling
- Recidiverend herseninfarct bij symptomatische ACI stenose

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

- Kreatinine:µmol/L MDRD/GFR klaring:.....ml/min/op
(lab uitslagen van maximaal 6 maanden oud)

Bij onvoldoende nierfunctie* MDRD-GFR klaring <30 ml/min: LMWH allen in overleg met nefroloog

- Kreatinine:µmol/L MDRD/GFR klaring:.....ml/min/op
(lab uitslagen van maximaal 1 maand oud)

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: