

Naam patiënt:.....  
Adres:.....  
Geboortedatum:.....  
Patiëntnummer: .....

Vlambloem 21  
Postbus 8661  
3009 AR Rotterdam  
Star-shl  
Tel: 088-0209530  
Fax: 010-2071163  
[trombosedienst@star-shl.nl](mailto:trombosedienst@star-shl.nl)  
[www.star-shl.nl](http://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](mailto: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](mailto:trombosedienst@star-shl.nl)  
[www.star-shl.nl](http://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) CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc 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 alleen in overleg met nefroloog

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

**CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc score 0-9\*** (alleen invullen indien patiënt bekend is met Atrium Fibrilleren)

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

\* Aangeven wat van toepassing is.

Naam arts:

Handtekening: