

## Communicatieformulier (bij staken / switchen antistolling)

(Star-shl: [Trombosedienst@star-shl.nl](mailto:Trombosedienst@star-shl.nl), Fax: 010-2071163, tel: 088-0209530)

Naam patiënt	
Adres	
Geboortedatum	
Patiëntnummer	

Hierbij verzoekt ondergetekende, behandelend arts,

### De antistollingsbehandeling definitief te stoppen op:

Reden:	
<input type="checkbox"/> Indicatie voor antistolling is vervallen	
<input type="checkbox"/> Gaat over op andere antistolling, patiënt is geïnstrueerd, namelijk:	<input type="checkbox"/> Trombocytenaggregatieremmer
	<input type="checkbox"/> DOAC (zie onder voor switch). Reden:
	<input type="checkbox"/> LMWH
<input type="checkbox"/> Bloeding toelichting:	
<input type="checkbox"/> Overleden: tgv bloeding/trombose? Ja*/nee * toelichting gewenst	
<input type="checkbox"/> Overig:	

### De antistollingsbehandeling tijdelijk te staken tot:

Reden:
--------

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

<input type="checkbox"/> Switch van Coumarinen naar Directe Orale Anticoagulantia (DOAC) Namelijk Dabigatran / Rivaroxaban/ Apixaban / Edoxaban in dosering: .....dd .....mg
<input type="checkbox"/> Begeleiding in switch door medisch specialist / Trombosedienst. Doorhalen wat niet van toepassing is
<input type="checkbox"/> Switch van DOAC naar coumarinen (namelijk Fenprocoumon / Acenocoumarol)
<input type="checkbox"/> Switch van Fenprocoumon naar Acenocoumarol
<input type="checkbox"/> Switch van Acenocoumarol naar Fenprocoumon
<input type="checkbox"/> Overig:

--

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

Reden:

--

**De intensiteitsgroep te wijzigen naar:** 1<sup>e</sup> intensiteitsgroep: streefgebied 2.0-3.0 INR (optimale streefwaarde 2.7 INR) 2<sup>e</sup> intensiteitsgroep: streefgebied 2.5-3.5 INR (optimale streefwaarde 3.0 INR) Overig, namelijk

Reden:


**Gegevens arts:**

Naam arts	
Specialisme	
Ziekenhuis	
Telefoonnummer	
Datum	
Handtekening	

Het ingevulde formulier sturen naar de trombosedienst:

Mail: [trombosedienst@star-shl.nl](mailto:trombosedienst@star-shl.nl)

Fax: (010) 207 11 63

Tel: 088-0209530

Adres: Vlambloem 21, 3068JE Rotterdam