

 <p><b>Reinier Haga</b> Medisch Diagnostisch Centrum</p> <p><b>Unit Antistolling RHMDC</b> Mercuriusweg 1; 2624 BC Delft</p> <p>T: 088 - 260 4030 E: <a href="mailto:antistollingscentrum@reinier-mdc.nl">antistollingscentrum@reinier-mdc.nl</a> <a href="http://www.trombosedienst-delft.nl">www.trombosedienst-delft.nl</a></p>	 <p><b>LabWest</b> TROMBOSEDIENST</p> <p>Postbus 1773 2280 DT Rijswijk</p> <p>T: 070 - 372 0300 E: <a href="mailto:trombosedienst@labwest.nl">trombosedienst@labwest.nl</a> <a href="http://www.lab-west.nl">www.lab-west.nl</a></p>	<p align="center"><b>Patiënt</b></p> <p><b>Naam:</b> _____</p> <p><b>Geb. Datum:</b> _____ <b>m/v</b></p> <p><b>Adres:</b> _____</p> <p><b>Plaats:</b> _____</p> <p><b>Tel:</b> _____</p> <p><b>Huisarts:</b> _____</p>
---	---	---

**Communicatieformulier (bij staken of switchen antistolling)**

- aanmelden nieuwe patiënten: via [aanmeldingsformulier](#), [hyperlink](#)  
-rondom ingrepen: via [ingrepenformulier](#), [hyperlink](#)

Hierbij verzoekt ondergetekende, behandelend arts,

**De antistollingsbehandeling definitief te stoppen op** \_\_\_\_\_ **(datum)**

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*  
Toelichting: \_\_\_\_\_

**De antistollingsbehandeling tijdelijk te staken (niet i.v.m. ingreep, zie separaat formulier bovenaan) tot** \_\_\_\_\_ **(datum)**

Reden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- Coumarinen in Directe Orale Anticoagulantia (DOAC)  
Namelijk Dabigatran / Rivaroxaban/ Apixaban / Edoxaban in dosering: \_\_\_\_\_dd\_\_\_\_\_mg  
Begeleiding in switch door medisch specialist / Trombosedienst \*  
\*) *Doarhalen wat niet van toepassing is*
- DOAC in coumarinen (namelijk Fenprocoumon / Acenocoumarol)
- Overig: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**De periode van de behandeling te verlengen tot** \_\_\_\_\_ **(datum)**

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Naam arts:** ..... **Specialisme:** .....

**Tel:** ..... **Ziekenhuis:** .....

**DATUM:** ..... **HANDTEKENING:** .....