

 Postbus 1773 2280 DT Rijswijk T: 070 - 372 0372 E: trombosedienst@labwest.nl www.lab-west.nl	<u>Patiënt</u> Naam: _____ Geb. Datum: _____ m / v Adres: _____ Plaats: _____ Tel: _____ Huisarts: _____
--	--

Communicatieformulier (bij staken of switchen antistolling)

-aanmelden nieuwe patiënten: via [aanmeldingsformulier](#)

-rondom ingrepen: via [ingrepenformulier](#)

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 *
- ☐ DOAC in coumarinen (namelijk Fenprocoumon / Acenocoumarol)
- ☐ Overig: _____

☐ De periode van de behandeling te verlengen tot _____ (datum)

Reden: _____

☐ De intensiteitsgroep te wijzigen naar:

- ☐ 1^e intensiteitsgroep: streefgebied 2.0-3.0 INR (optimale streefwaarde 2.7 INR)
- ☐ 2^e intensiteitsgroep: streefgebied 2.5-3.5 INR (optimale streefwaarde 3.0 INR)
- ☐ Overig, namelijk _____

Reden: _____

Naam arts: Specialisme:

Tel: Ziekenhuis:

DATUM: HANDTEKENING: