



St. Trombosedienst Delft e.o.
 Mercuriusweg 1
 2624 BC Delft
 T: 015-2131444 Fax: 015-2159608
www.trombosedienst-delft.nl



Sportlaan 600
 2566 MJ Den Haag
 T: 070- 3720300 Fax: 070 - 394 2077
www.lab-west.nl

Patiënt: m/v
 Naam:
 Geb. Datum:
 Adres:
 Plaats:
 Tel:
 Huisarts

Versie juli 2017

INGREPENFORMULIER:

T.b.v. patiënten die VKA's** gebruiken onder controle van de trombosedienst.

- Opname
 Poliklinisch

Datum ingreep:Aard ingreep:

In te vullen door uitvoerder ingreep

NB: Trombosedienst spreekt dosering af om de gewenste INR te bereiken !!

Trombosedienst regelt in geval van bridging het recept voor LMWH, met patiënt-instructie.

- Klinisch niet significant (na)bloedingsrisico. Antistolling NIET onderbreken. (INR 2.0-3.0)

Bridging niet nodig, ga direct naar ondertekening

- Laag (na)bloedingsrisico. Antistolling verminderen tot INR < 2.0

Bridging alleen bij hoog trombose-risico (tabel z.o.z.). Vul het middelste vak in.

- Hoog (na)bloedingsrisico. Antistolling verminderen tot INR < 1.5*

Bridging alleen bij hoog trombose-risico (tabel z.o.z.). Vul het middelste vak in.

Overige opmerkingen:

.....

BRIDGING: In te vullen door / in overleg met voorschrijver VKA**

Bij aangevraagde INR is bridging met LMWH*:

- niet nodig, ga naar ondertekening
- wel nodig, tot INR na ingreep in streefgebied
 - Gewicht: kg
 - Klaring: ml/min
 - Type LMWH: O Tinzaparine 1xdaags
 - O Nadroparine 2xdaags
 - O Anders, nl

Ondergetekende is eindverantwoordelijk voor bovenstaand beleid

Naam (tand)arts: Specialisme:

Tel: Ziekenhuis:

Datum: Handtekening:

Toelichting ingrepenformulier

Beleid rond ingrepen is vastgesteld door de Federatie Nederlandse Trombosediensten (FNT) op basis van adviezen en richtlijnen geformuleerd door American College of Chest Physicians (ACCP,) Centraal BeleidsOrgaan (CBO) en Nederlandse Internisten Vereniging (NIV).

***Bij Fenprocoumon-gebruik zal een INR < 1.5 i.h.a. door toediening van vit. K bereikt worden.**

****VKA:** Vitamine K Antagonisten, te weten de orale anticoagulantia Fenprocoumon (Marcoumar®), Acenocoumarol (Sintrom®), en Warfarine (Coumadin®)

Peri-operatief bloedingsrisico wordt bepaald door aard v.d. ingreep, voorgeschiedenis v.d. patiënt, gebruik ascal/plavix e.d. In dit kader is vooral het risico op nabloeding van belang. Dit risico kan het best ingeschat worden door de uitvoerder van de ingreep.

Laag risico ingrepen zijn o.a.: diverse tandheelkundige ingrepen (zie ACTA), cataract operatie (m.u.v. retrobulbaire anesthesie), iedere ingreep waarbij goede lokaal-hemostatische maatregelen mogelijk zijn.

Tabel 1. Trombo-embolierisico (arterieel en veneus)

Risico	Arterieel vs veneus (en trombo-embolierisico)	Klinische status
HOOG	Arterieel (>10% / jaar)	<ul style="list-style-type: none">- geïsoleerd atriumfibrilleren, zonder klepgebrek, CHA₂DS₂-VASC: 8-9- geïsoleerd atriumfibrilleren met reumatische hartziekte- atriumfibrilleren met MHV of recent (<6mnd) herseninfarct/TIA- MHV in mitraalpositie- hartkleprothese recent geplaatst (<3 maanden)- hartkleprothese met extra risicofactor*- MHV oud model: caged ball, tilting disc (Starr-Edwards, Björk Shiley)- intracardiale thrombus
	Veneus (>10% / maand)	<ul style="list-style-type: none">- <3 maanden na VTE (eerste of recidief)- Recidief VTE onder antistolling
LAAG	Arterieel (<10% / jaar)	<ul style="list-style-type: none">- geïsoleerd atriumfibrilleren, CHA₂DS₂-VASC: 0-7- MHV in aortapositie zonder extra risicofactoren*- Recidiverend TIA/herseninfarct zonder cardiale emboliebron- eenmalig TIA/herseninfarct
	Veneus (<10% / maand)	<ul style="list-style-type: none">- >3 maanden na VTE (eerste/recidief) en geen VTE onder antistolling

* Risicofactoren zijn: atriumfibrilleren, linkerventrikel ejectiefractie <35%, voorgeschiedenis van trombo-embolie

CHA₂DS₂ -VASC: Congestive Heart Failure (1pt), Hypertension (1pt), Age>75 (2pt), Diabetes (1pt), Stroke/TIA (2pt), Age 65-74 (1pt), Vascular disease (1pt), Sex (female: 1pt)

Afkortingen: MHV: mechanical heart valve TIA: transient ischemic attack; VTE: veneuze trombo-embolie

NB: LMWH gecontraïndiceerd bij patiënten met slechte nierfunctie (klaring <30ml/min)

In dat geval (klinisch) heparine op geleide van APTT

Voor **tandartsen:**

In afwijking van het ACTA-protocol:

De trombosedienst kan de controle enkele dagen eerder plannen indien het dossier van de patiënt doet verwachten dat de INR-uitslag niet of nauwelijks meer zal veranderen.

Zie voor het ACTA protocol: www.ACTA.nl zoekterm: antistolling.