

Ingrepenformulier voor huisartsen en specialisten

Stuur dit formulier minimaal 1 week vóór de ingreep naar TromboseZorg Dichtbij: info@tzd.nl

Naam en voorletter patiënt	
Staat en huisnummer	
Woonplaats	
Geboortedatum	
BSN	
Aard van de ingreep of behandeling	
Datum ingreep of behandeling	
Ingreep	<input type="radio"/> Klinisch <input type="radio"/> Poliklinisch
Gewenste INR c.q. (na)bloedingsrisico tijdens de ingreep	
	<input type="radio"/> INR 2,0-3,0: klinisch niet-significant (na) bloedingsrisico <input type="radio"/> INR >1,5 tot <2,0: laag (na) bloedingsrisico <input type="radio"/> INR <1,5: hoog (na) bloedingsrisico <input type="radio"/> Ander beleid namelijk:
<i>TromboseZorg Dichtbij geeft de patiënt een passend doseeradvies</i>	
LMWH ter overbrugging, noodzakelijk	
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nee
<i>TromboseZorg Dichtbij bepaalt starten en stoppen van LMWH</i>	
Naam en dosering LMWH	
<i>De behandelaar is verantwoordelijk voor het verstrekken van de LMWH en het instrueren van de patiënt over de manier van toedienen.</i>	
<i>Acenocoumarol / Fenprocoumon na de ingreep: voorstel via doseerbrieftrombosedienst. Het is de verantwoordelijkheid van de behandelaar om het moment van herstart met VKA te bepalen. TromboseZorg Dichtbij heeft hierin een adviserende rol en doet een voorstel via de doseerbrieftrombosedienst.</i>	
Naam behandelaar	
Ziekenhuis	
Emailadres	

TZD Ingrepenformulier 2022 versie 01