

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