

Aanvraag antistollingsbehandeling bij operatieve ingrepen/onderzoeken

Betreft patiënt/ cliënt:	Dit formulier zo mogelijk uiterlijk één week vóór de ingreep/ onderzoek naar De Nationale Trombose Dienst sturen. Dit kan met een e-mail naar ma@ntd.nl , via deze link; https://www.ntd.nl/zivver/ kiezen voor 'Start veilig bericht aan Medische Administratie' of per fax naar 088-0038820.
--------------------------	--

Soort ingreep/ onderzoek:	
Datum ingreep/ onderzoek:	
Naam ziekenhuis/ instelling:	
Specialisme:	
Naam operateur:	
Gewenste INR waarde:	
Opmerkingen:	
Verblijf 1 of meer nachten (klinisch)? Dan graag naam ziekenhuis/ instelling doorgeven bij opmerkingen	

Vink de juiste risico groep aan:	
<input type="checkbox"/> Klinisch niet significant bloedingsrisico	<ul style="list-style-type: none"> - VKA continueren - INR t.t.v. ingreep/onderzoek laag in therapeutisch gebied
<input type="checkbox"/> Laag of hoog bloedingsrisico Laag tromboserisico	<ul style="list-style-type: none"> - VKA stoppen - Geen LMWH overbrugging
<input type="checkbox"/> Laag of hoog bloedingsrisico Hoog tromboserisico	<ul style="list-style-type: none"> - VKA Stoppen - Wel LMWH overbrugging

Bij gebruik LMWH invullen door aanvragend specialist:	
eGFR:	Datum gemeten:
Gewicht (kg):	Datum gewogen:
Recept LMWH verstrekt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Soort LMWH:

Het beleid wordt uitgevoerd conform verzoek aanvrager en het doseerprotocol van De Nationale Trombose Dienst.

Naam aanvragend specialist:	
Specialisme:	
Telefoonnummer:	
Datum invullen formulier:	
Handtekening:	