

Aanvraag antistollingsbehandeling bij operatieve ingrepen/onderzoeken

Betreft patiënt/ cliënt:	Dit formulier zo mogelijk uiterlijk één week vóór de ingreep/onderzoek opsturen. Dit kan met een e-mail naar ma@ntd.nl U kunt ook via een beveiligde e-mail versturen via https://denationaletrombosedienst.nl/professional/contact/ Kies dan voor “veilig bericht aan Medische Administratie”
--------------------------	--

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

Vink de juiste risico groep aan:	
☐ Klinisch niet significant bloedingsrisico	- VKA continueren - INR t.t.v. ingreep/onderzoek laag in therapeutisch gebied
☐ Laag of hoog bloedingsrisico Laag tromboserisico	- VKA stoppen - Geen LMWH overbrugging
☐ Laag of hoog bloedingsrisico Hoog tromboserisico	- VKA Stoppen - Wel LMWH overbrugging

Bij gebruik LMWH invullen door aanvragend specialist:	
eGFR:	Datum gemeten:
Gewicht (kg):	Datum gewogen:
Recept LMWH verstrekt: ☐ Ja ☐ 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:	