

Inventarisatie complicatieformulier



Trombosedienst Regio Eindhoven
Boschdijk 1119
5626 AG EINDHOVEN
Telefoonnummer : 040 - 2141262
E-mailadres : info@tdre.nl
Website : www.tdre.nl

Onderwerp: **Inventarisatie complicatie orale antistolling (VKA)**

Datum: [datum]+

Betreft: **[patient_De_heer_Mevrouw] [patient_naam]**
[patient_adres]
[patient_postcode] [patient_plaats]
[patient_geboortedatum]

Geachte collega,

Onlangs vernamen wij dat bovengenoemde patiënt een complicatie heeft doorgemaakt die mogelijk antistolling-gerelateerd is.

Om die reden verzoeken wij u om bijgevoegde bijlage in te vullen en het formulier te retourneren aan de Trombosedienst.

Met dank voor uw medewerking,

Dr. A. Gulpen, Internist vasculair geneeskundige
Medisch leider Trombosedienst Regio Eindhoven

Inventarisatie complicatieformulier



Trombosedienst Regio Eindhoven
Boschdijk 1119
5626 AG EINDHOVEN
Telefoonnummer : 040 - 2141262
E-mailadres : info@tdre.nl
Website : www.tdre.nl

Naam: **[patient_heer_mevrouw]** **[patient_naam]**

Geboortedatum: **[patient_geboortedatum]**

Datum ziekenhuisopname/ complicatie:.....

INR waarde op deze datum:

Antistolling Acenocoumarol Fenprocoumon

Indicatie

Ernst Overleden Transfusie Opname Operatie

Relevante medicatie NSAID ASA LMWH Anders

Een uitlokkend momen Nee
 Ja uitlokkend moment, namelijk: Trauma Ulcus
 Ingreep Anders

Trombose - embolie	Bloeding
<input type="checkbox"/> Longen	<input type="checkbox"/> Intraoculair <input type="checkbox"/> Huid
<input type="checkbox"/> Been	<input type="checkbox"/> Conjunctivaal <input type="checkbox"/> Spier
<input type="checkbox"/> Arm	<input type="checkbox"/> Hematemesis <input type="checkbox"/> Neus
<input type="checkbox"/> Diepveneus, overige locatie	<input type="checkbox"/> Rectaal bloedverlies <input type="checkbox"/> Intracranieel
<input type="checkbox"/> Cerebrale embolie	<input type="checkbox"/> Abnormaal vaginaal bloedverlies <input type="checkbox"/> Hemoptoë
<input type="checkbox"/> CVA Ischemisch	<input type="checkbox"/> Gewricht (objectief gediagnostiseerd) <input type="checkbox"/> Hematurie
<input type="checkbox"/> TIA, bevestigd door arts	<input type="checkbox"/> Overige locatie.....
<input type="checkbox"/> Systemisch embolie	
<input type="checkbox"/> Myocardinfarct	
<input type="checkbox"/> Specifieke locatie, nl.....	

Bevestigd door aanvullende diagnostiek

Ja bevestigd d.m.v. Scan Punctie
 Echo Scopie
 Anders.....

Nee

Naam specialist/huisarts:
Handtekening:

Datum:

In te vullen door arts Trombosedienst:

Was de complicatie vermijdbaar? **Ja / Nee / Onzeker**, omdat.....

Is de complicatie indicatie gerelateerd? **Ja / Nee**

Hoe waren de INR-uitslagen voor de complicatie? **Goed / Te laag / Te hoog / Instabiel**

Hoe is er gedoseerd? **Goed / Te laag / Te hoog**

Mogelijk oorzaak van complicatie.....