

Graag de voorzijde van dit formulier faxen naar: 088 0037 795.  
 Faxen voor 16.00 uur ontvangen, worden dezelfde dag administratief verwerkt.  
 NB: Zonder schriftelijke bevestiging (fax), zal conform FNT-richtlijnen worden gedoseerd.

Naam _____	Voorletters _____	Hoofdbehandelaar _____
Geboortedatum _____		Verwijzend arts _____
Adres _____		Specialisme _____
Postcode / Plaats _____		Ziekenhuis _____
Geslacht _____		Telefoon _____ Pieper _____
Telefoonnummer _____		
Verzekering _____		
BSN-nummer _____		
Tijdelijk adres _____		
Naam contactpersoon _____		
Telefoon contactpersoon _____		
Datum _____		

**Ingrep:**

Datum ingrep: \_\_\_\_\_

**Embolierisico:**

- Laag risico: **geen** overbrugging met LMWH
- Hoog risico: **wel** overbrugging met LMWH\*

\* type LMWH: \_\_\_\_\_

**Bloedingsrisico:**

- Hoog: streef INR [ $< 1.5$ ]
- Standaard: streef INR [ $1.5 - 2.0$ ]
- Laag: streef INR [ $2.0 - 2.5$ ]

Dag	Datum	Fenprocoumon/ Acenocoumarol (in tabletten)	Vitamine K (in mg)	DOS LMWH: _____ IE		Controle INR
				Ochtend	Avond	
-5						
-4						
-3						
-2						
-1						
0 (ingrep)						
+1						
+2						
+3						
+4						
+5						

\*\* s.v.p. doorstrepen wat niet van toepassing is

**VERANTWOORDELIJKHEID PERI-OPERATIEVE ZORG:**

Naam arts \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

VERWERKT DOOR (IN TE VULLEN DOOR ATALMEDIAL)

