

BARCODE

PREOPERATIEF INGREPENFORMULIER TROMBOSEZORG

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 _____

Ingreep:

Datum ingreep:

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 = _____ mL		Controle INR
				Ochtend	Avond	
-5						
-4						
-3						
-2						
-1						
0 (ingreep)						

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

VERANTWOORDELIJKHEID PREOPERATIEVE ZORG:

Naam arts _____
 Datum _____
 Handtekening _____

VERWERKT DOOR (IN TE VULLEN DOOR ATALMEDIAL)

