

registratieformulier complicaties NOAC

Het is verplicht een volledig ingevuld aanmeldingsformulier binnen één week beschikbaar te stellen aan de trombosedienst

Trombosedienst Ziekenhuis Rivierenland

Pres. Kennedylaan 97, 4002 WP Tiel

Telefoon 0344 67 38 43

Fax 0344 67 38 41

E-mail info-trombosedienst@zrt.nl

Patiëntgegevens

Naam _____

Geboortedatum _____

Ziekenhuisnummer _____

Geslacht _____

Gewicht _____

Leeftijd _____

Oorzaak complicatie

- Trauma

- Overdosering NOAC

- Onderdosering

- Perioperatief

- Anders

- Onbekend

Medicatie

Dabigatran Rivaroxaban Apixaban

Dosering _____

Indicatie NOAC _____

Startdatum NOAC _____

CHA2DS2 Vasc score _____

HASBLED score _____

Ernst complicatie

Geen gezondheidsnadeel

Tijdelijk nadeel, herstel zonder (her)operatie

Herstel na (re)operatie

(waarschijnlijk) Blijvende schade/invaliditeit

Dood

Niet te beoordelen

Complicatie

Complicatiedatum _____

Interval na laatste inname NOAC _____

Bloeding: locatie _____

Trombose / embolie:

- DVT

- Longembolie

- Arteriële embolie

- Cerebrale embolie

- CVA ischaemisch

bewezen niet bewezen

- Hartinfarct

- Relatie trombose/embolie met behandelindicatie

recidief behandelindicatie

van andere aard dan behandelindicatie

Behandeling complicatie

Opname in ziekenhuis

Verlengen opname ZH

(Re-) operatie

Bloedtransfusie

Stollingsmedicatie

Thrombolysie

Was complicatie te voorkomen? Ja Nee

toelichting _____

Aanvullende informatie

Nierfunctie MDRD:

Leverfunctie γ GT:

Alk.fosfatase:

d-Dimeer