

INGREPENFORMULIER:

T.b.v. patiënten die VKA's** gebruiken onder controle van de trombosedienst.

☐ Opname☐ Poliklinisch

Datum ingreep: Aard ingreep:

In te vullen door uitvoerder ingreep**NB: Trombosedienst spreekt dosering af om de gewenste INR te bereiken !!**☐ Antistolling NIET onderbreken. Ingreep is niet/nauwelijks bloedig*Bridging niet nodig, ga direct naar ondertekening*☐ Matig (na)bloedingsrisico. Antistolling verminderen tot INR < 2.2*Overweeg bridging. Vul het middelste vak in a.u.b.*☐ Hoog (na)bloedingsrisico. Antistolling verminderen tot INR < 1.5*(z.o.z.)*Bridging vaak geïndiceerd. Vul het middelste vak in a.u.b.*

Bijzonderheden:

☐ Behandelaar neemt controle antistolling tijdelijk over vanaf(datum)*Na de ingreep dient patiënt weer aangemeld te worden bij de trombosedienst
middels het aanmeldingsformulier (zie www.labwest.nl/tdformulieren.pp)***BRIDGING: In te vullen door / in overleg met voorschrijver VKA****

Bij aangevraagde is INR bridging met Innohep (tinzaparine) (voor te schrijven door de trombosedienst):

☐ niet nodig☐ wel nodig, tot INR na ingreep >☐ andere LMWH (voor te schrijven door ondergetekende)☐ gewicht kg☐ klaring ml/min

Naam (tand)arts: Specialisme:

Tel: Ziekenhuis:

Datum:

HANDTEKENING:

(* zie toelichting z.o.z.)

Ondergetekende is eindverantwoordelijk voor bovenstaand beleid

Toelichting ingrepenformulier (www.labwest.nl/tdformulieren.pp)

Beleid rond ingrepen is vastgesteld door de Federatie Nederlandse Trombosediensten (FNT) op basis van adviezen en richtlijnen geformuleerd door American College of Chest Physicians (ACCP) en Centraal BeleidsOrgaan (CBO).

***Bij Fenprocoumon-gebruik zal een INR < 1.5 i.h.a. door toediening van vit. K bereikt worden.**

****VKA:** Vitamine K Antagonisten, te weten de orale anticoagulantia Fenprocoumon (Marcoumar®), Acenocoumarol (Sintrom®), en Warfarine (Coumadin®)

Perioperatief bloedingsrisico wordt bepaald door aard v.d. ingreep, voorgeschiedenis v.d. patiënt, gebruik salicylaten (Ascal®/ Acetylsalicylzuur), Clopidogrel (Plavix®), ticagrelor (Brilique®), prasugrel (Efient®) e.d. In dit kader is vooral het risico op nabloeding van belang. Dit risico kan het best ingeschat worden door de uitvoerder van de ingreep.

Laag risico ingrepen zijn o.a.: diverse tandheelkundige ingrepen (zie ACTA), cataract operatie (m.u.v. retrobulbaire anesthesie), iedere ingreep waarbij goede lokaal-hemostatische maatregelen mogelijk zijn.

Laag risico op trombo-embolie: (< 5% op jaarbasis)

Geïsoleerd atriumfibrilleren bij CHA₂DS₂-VASc score 0-1 **)

Cerebrovasculaire ziekte zonder recidiverende TIA/herseninfarcten

Veneuze trombo-embolie langer dan 6 maanden geleden (risico < 2% in 1 maand)

Matig risico op trombo-embolie: (5-10% op jaarbasis)

Mechanische aortaklepprothese zonder extra risicofactoren

Recidiverende TIA/herseninfarct zonder cardiale emboliebron

Veneuze trombo-embolie 3-6 maanden geleden (risico 2-10% in 1 maand)

Bio klepprothese recent geplaatst (<3mnd)

Hoog risico op trombo-embolie: (> 10% op jaarbasis)

Mechanische hartklepprothesen, overig

Atriumfibrilleren bij CHA₂DS₂-VASc score 4 of hoger **)

Intra cardiale thrombus

Veneuze trombo-embolie < 3 maanden geleden (risico > 10% in 1 maand)

Veneuze trombo-embolie met trombofilie (risico > 10% in 1 maand)

Recidiverend idiopathische VTE (risico > 10% in 1 maand)

**) CHA₂DS₂-VASc: Congestive Heart Failure, Hypertension, Age>65, Diabetes: elk 1 punt
Stroke (CVA/TIA): 2 punten. Age>75, Vascular disease, Sex(female): elk 1 punt

NB: LMWH gecontraïndiceerd bij patiënten met slechte nierfunctie (klaring <30ml/min)

In dat geval (klinisch) heparine op geleide van APTT

Voor **tandartsen**:

In afwijking van het ACTA-protocol:

De trombosedienst kan de controle enkele dagen eerder plannen indien het dossier van de patiënt doet verwachten dat de INR-uitslag niet of nauwelijks meer zal veranderen.

Zie voor het ACTA protocol: www.ACTA.nl zoekterm: antistolling.