

Meldingsformulier tandheelkundige ingrepen ten behoeve van de trombosedienst

Patientengegevens:

Patiëntnummer / Geboortedatum:

Naam:

Adres:

BSN:

Praktijkgegevens:

Naam tandarts/praktijk:

Adres:

Tel:

Fax:

Email:

Dit formulier dient zo mogelijk 1 week voor de ingreep, in het bezit van de trombosedienst te zijn.

Dit formulier kunt u:

Faxen naar: 0492-595059

Meegeven aan de patiënt (met instructie van afgifte)

DATUM INGREEP:

- Tandsteen verwijderen
- Extracties van ≤ 3 tanden/kiezen

Beleid: Antistolling niet stoppen, INR ≤ 3.5 , Tranexaminezuur (recept via tandarts)

Spoelen met 5% tranexaminezuur mondspoeling 4dd 10 ml (niet doorslikken) gedurende 5 dagen zou de kans op nabloeden verkleinen.

- Extracties van > 3 tanden/kiezen
- Ingrepen met hoog bloedingsrisico

Beleid: Stoppen met antistolling, zonder **of** met overbruggingstherapie, afhankelijk van de CHA₂DS₂-VASC score. (vlgs. Protocol trombosedienst, de doseerarts draagt zorg hiervoor.)

NB. De patient dient altijd mondeling EN schriftelijk duidelijke instructies te krijgen van de tandarts wat te doen in geval van een nabloeding.

Datum:

Handtekening tandarts:

Antwoord van de trombosedienst

In verband met de ingreep is een controle INR bepaald bij:

Patiëntnummer / Geboortedatum: Naam: Adres: BSN:

Datum:	INR-waarde:
Laatst voorgeschreven gemiddelde dag dosis:	
Eventuele opmerking(en)/toelichting:	