

René van Hulst, ziekenhuisapotheker
050-524 7382 / r.hulst@mzh.nl

Rahat Abdoellakhan, apotheker
070 - 3217 160 / r.abdoellakhan@ahz.nl

Vragen, opmerkingen, tips, meer info? Bezoek
www.proper3.nl of email ons op info@proper3.nl!

<< ruimte voor patiëntsticker >>

SVP DIT CRF DIRECT NA RANDOMISATIE INVULLEN

Met name de vragen gemarkeerd met  zijn vaak achteraf niet meer accuraat in te vullen!

Randomisatienummer: (centercode + volgnummer)

Ziekenhuis: _____

Datum bloedingsevent: - - (DD-MM-JJJJ)

(Geschat) lichaamsgewicht: _____ kg

INR bij binnenkomst: , Venapunctie
 Point-of-care sneltest

Startdosis Cofact/Beriplex: _____ ml

 Exacte tijdstip van start infusie: : (uu:mm)

 Inloopsnelheid: bolus _____ ml/min

 Vul svp zo volledig mogelijk in:

	Tijdstip (uu:mm)	INR	Bloeddruk (mmHg)		Pols (bpm)	Hb (mmol/l)
			systolisch	diastolisch		
Vóór infusie Cofact/Beriplex						
15-60 min na einde infusie Cofact/Beriplex						
24 uur na einde infusie Cofact/Beriplex						

 TOT SLOT: beoordeel de hemostatische effectiviteit (z.o.z).

Soort bloeding:

Zichtbare bloeding:
(huidoppervlak, zichtbare slijmvliesbloeding (mond/neus/rectum), hemoptoe, hematurie, etc.)

Is de bloeding gestopt binnen 4 uur na einde toediening PCC?

- Ja
 Nee

Musculoskeletale bloeding:
(spierbloeding, gewrichtsbloeding, compartimentsyndroom, etc.)

Beoordeel pijn en zwelling vóór PCC gift en 24 uur na PCC gift.

24 uur na PCC gift:

- | | | | |
|-------|--|-----------|--|
| PIJN: | <input type="checkbox"/> Afgenomen | ZWELLING: | <input type="checkbox"/> Afgenomen |
| | <input type="checkbox"/> Gelijk gebleven | | <input type="checkbox"/> Gelijk gebleven |
| | <input type="checkbox"/> Toegenomen | | <input type="checkbox"/> Toegenomen |

Niet-zichtbare bloeding:
(GI-bloeding, intra-abdominaal, parenchymbloeding, onverklaarbare Hb-daling, etc.)

Zorg voor Hb-bepaling vóór PCC gift en 48 uur na PCC gift.

Hb-waarde vóór PCC gift: _____ mmol/l

Hb-waarde 48 uur na PCC gift: _____ mmol/l

Additionele interventies:

Na de eerste gift PCC (+evt transfusie), waren er **gedurende de daarop volgende 48 uur** additionele interventies nodig?

JA: medicamenteus:

	Dosis:	Datum gift:	Tijdstip gift:	INR na gift:
<input type="checkbox"/> Extra gift PCC (Cofact/Beriplex)	extra gift 1			
	extra gift 2			
<input type="checkbox"/> Plasma (FFP, Omniplasma®)				
<input type="checkbox"/> Overige factorproducten (NovoSeven®, FEIBA®, etc.)				
<input type="checkbox"/> Erytrocytenconcentraat / Packed Cells / PRBC				
<input type="checkbox"/> Trombocytenconcentraat				
<input type="checkbox"/> Vitamine K				
<input type="checkbox"/> Tranexaminezuur				
<input type="checkbox"/> Desmopressine				
<input type="checkbox"/> Anders, nl:				

JA: invasief: Endoscopie
 Andere chirurgische interventie: _____

Indien JA: waren er bloedingscomplicaties?

Nee Ja, omschrijf: _____

NEE, geen additionele interventies nodig.

KLAAR!

Controleer of er een patientsticker (of randomisatienummer) op het formulier zit.
Inleveren: (deels) ingevulde CRF zorgvuldig bewaren. Neem contact op met Dr. van Hulst (050-524 7382 / r.hulst@mzh.nl) of stuur via interne post naar Ziekenhuisapotheek t.a.v. Dr. R. van Hulst.

Naam invuller + datum: _____