

Huisartsenkring
Overijse
21 juni 2018



Het juiste gebruik van antistollingsmedicatie

Dr. H. Celen
Cardiologie
RZ HHart Leuven

Evenwicht stolling - bloeding



Primum non nocere

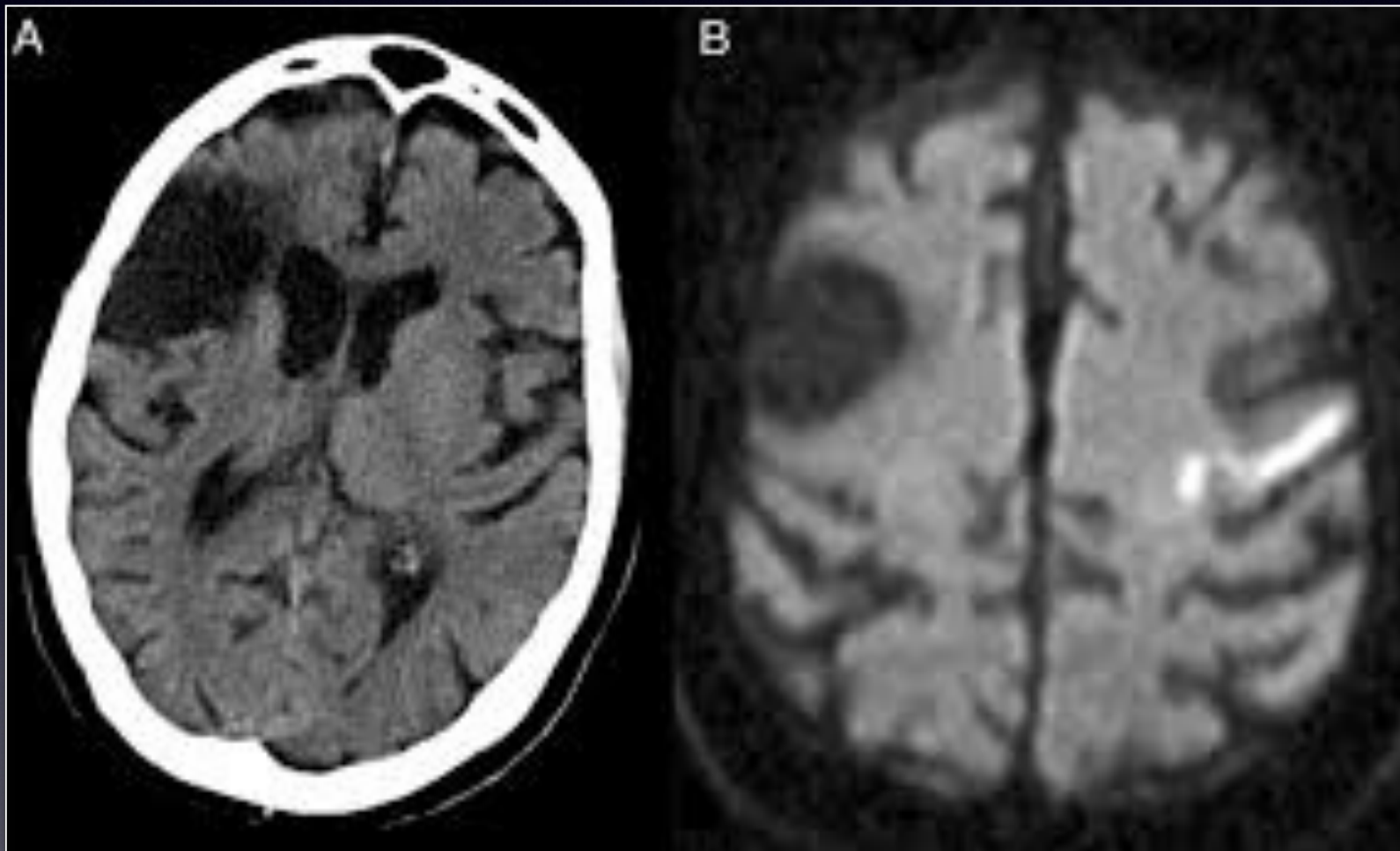


„Ik zal voorschriften schrijven
voor mijn patiënten
overeenkomstig tot mijn kunnen
en mijn oordeel en zal nooit
iemand schaden”

400 VC
Eed Van Hippocrates

Casus 84j

INR 1,5

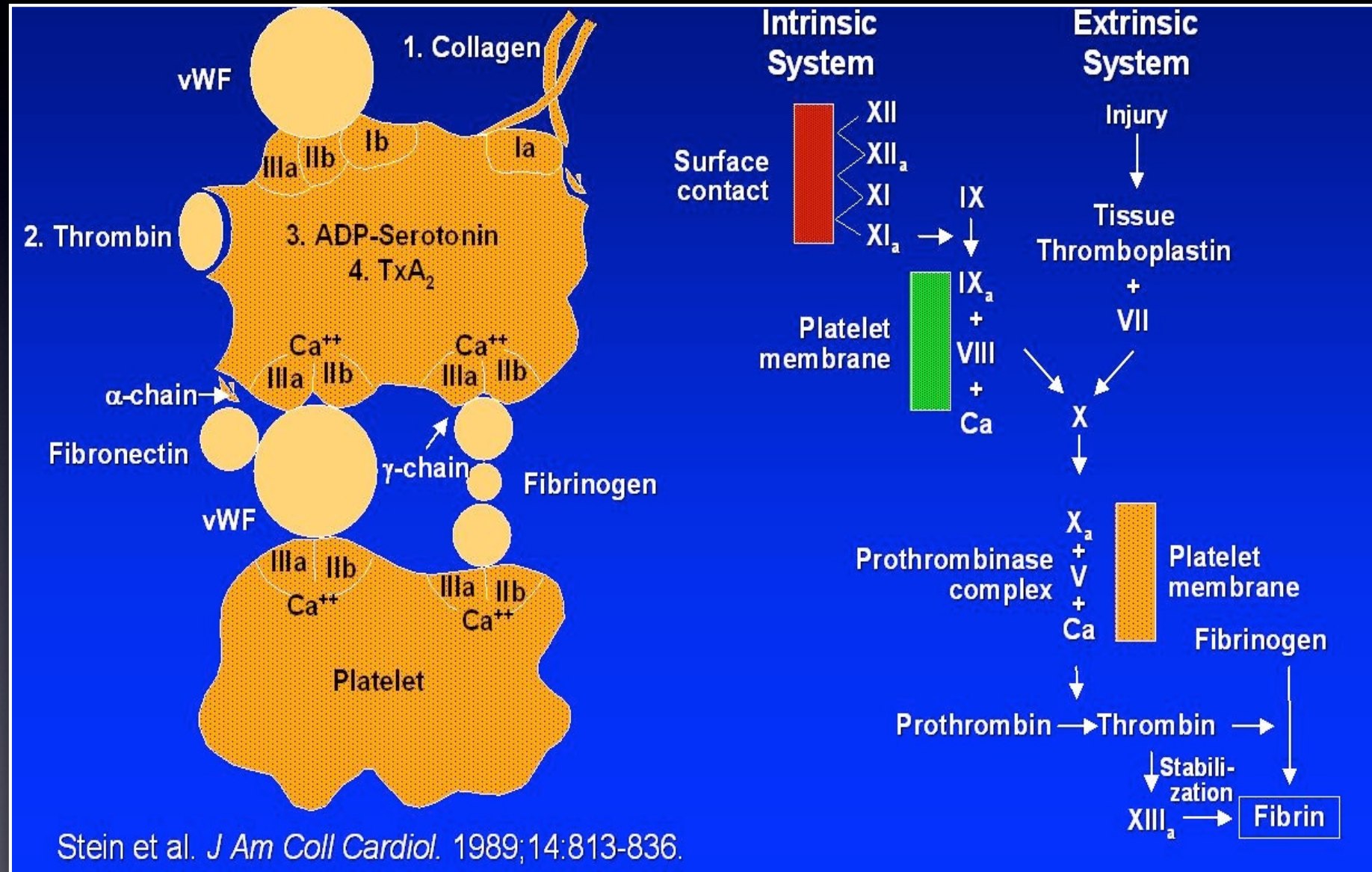


Inhoud

- Stollingsfactoren en plaats van medicatie
- voorkamerfibrillatie en antistolling
- DOAC versus VKA
- Verhoogd bloedingsrisico
- Praktische richtlijnen DOAC 2018
- Een casus

Thrombosis

bloedplaatjes vs stollingscascade



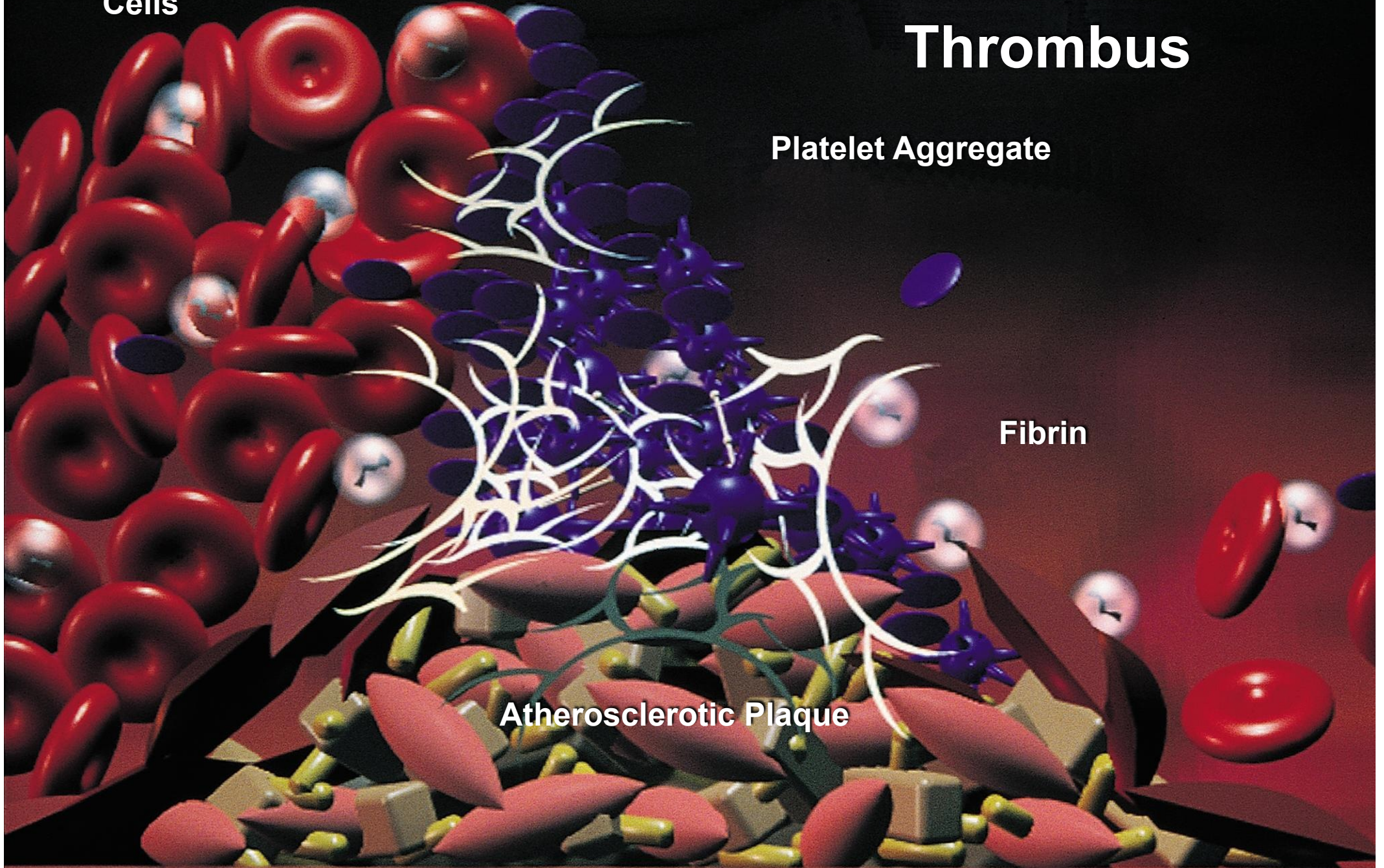
**Red Blood
Cells**

Thrombus

Platelet Aggregate

Fibrin

Atherosclerotic Plaque



Thrombose

bloedplaatjes vs stollingscascade

Anti-aggregantia samenklitten van plaatjes
voorkomen

Anti-thrombines interferentie met de coagulatie

Fibrinolytica afbreken van fibrine netwerk

Anti-aggregantia

Acetylsalicylzuur (Aspirine)

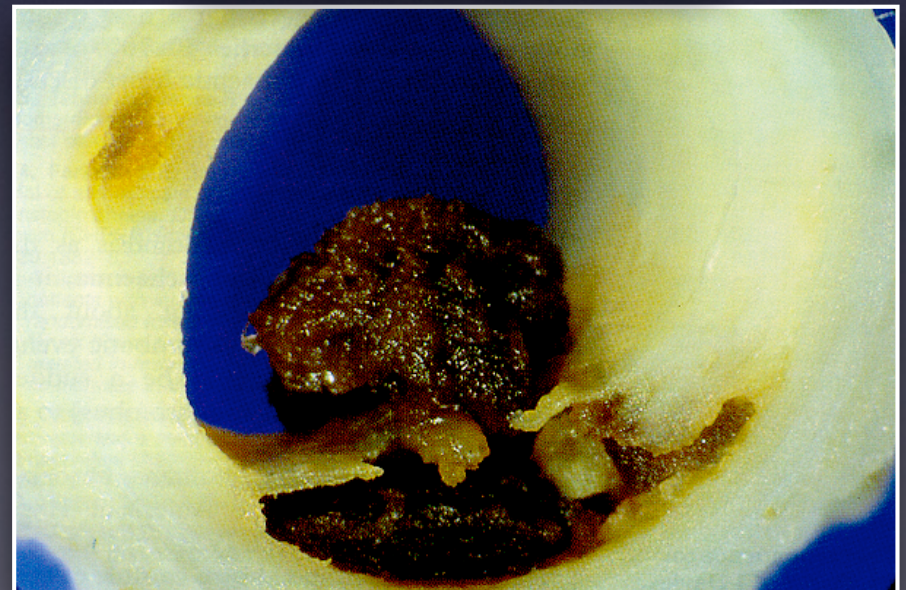
Dipyridamole (Persantine)

Thienopyridines

Ticlopidine	(Ticlid)
Clopidogrel	(Plavix)
Ticagrelor	(Brilique)
Prasugrel	(Efient)

GP2b3a antagonisten

Abciximab	(Rheopro)
Tirofiban	(Aggrastat)
Eptifibate	(Integreline)



Anti-thrombines

- Heparine (Heparine)
- **LMWH** (Clexane, Fragmin, Fraxiparine, Innohep)
- **Pentasaccharide**: Fondaparinux (Arixtra)
- Hirudine (Refludan)
- **NOAC** :
 - Argatroban, Ximelagatran
 - Dabigatran (Pradaxa)
 - Rivaroxaban (Xarelto), Apixaban (Eliquis) , Edoxaban (Lixiana)
- **Coumarinederivaten of VKA** : Sintrom, Marevan, Marcoumar

Orale antico

hoeveel & hoelang

Duur behandeling

AF

Mechanische kunstklep

Bioprothese

DVT/LE zonder trombofilie

DVT/LE recidief

Thrombose bij kanker

Antitrombine deficiëntie

Proteïne S en C deficiëntie

levenslang

levenslang

3-6m

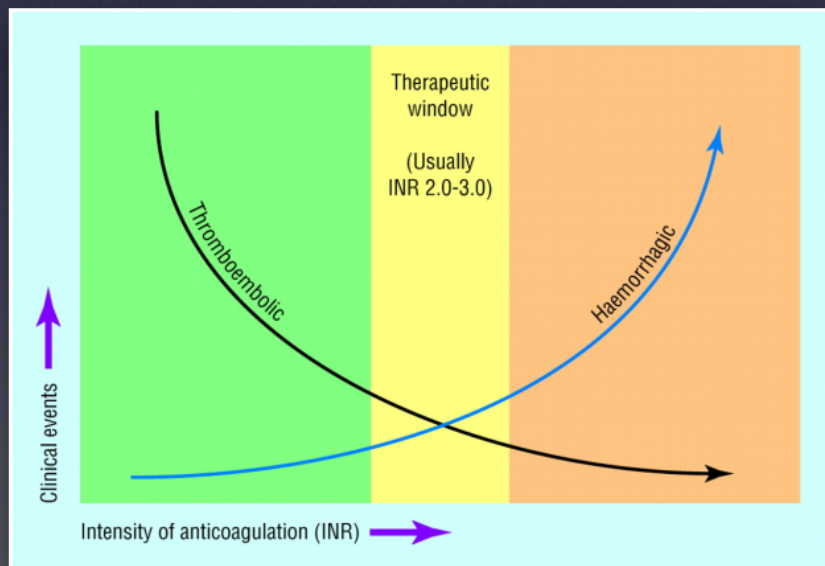
6-12m

>12m/levenslang

tot genezing

levenslang

> 12m



Target INR

klassiek INR 2.5-3

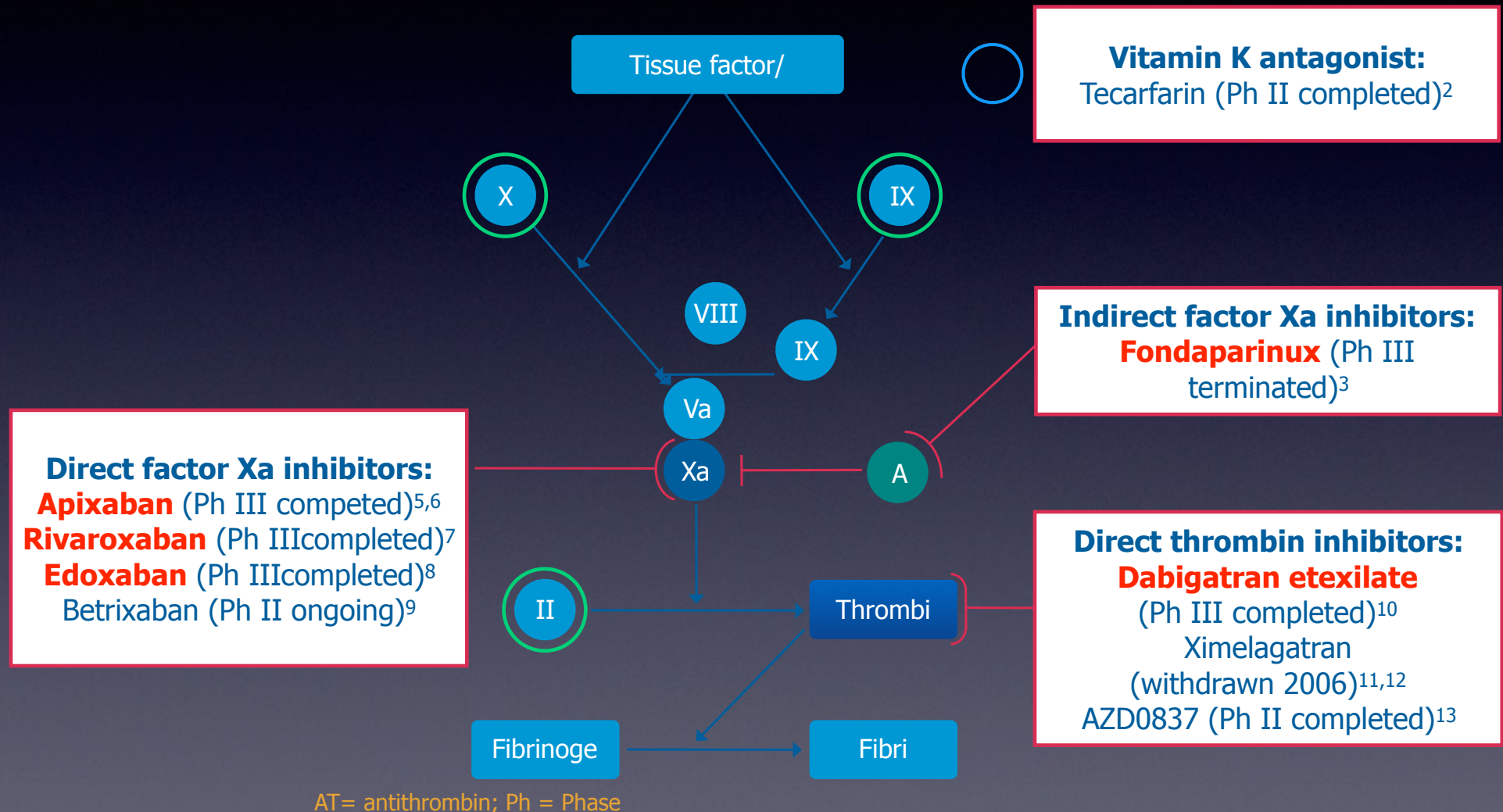
DVT, LE, kunstklep, AF

hogere INR 3-4

APL-syndroom

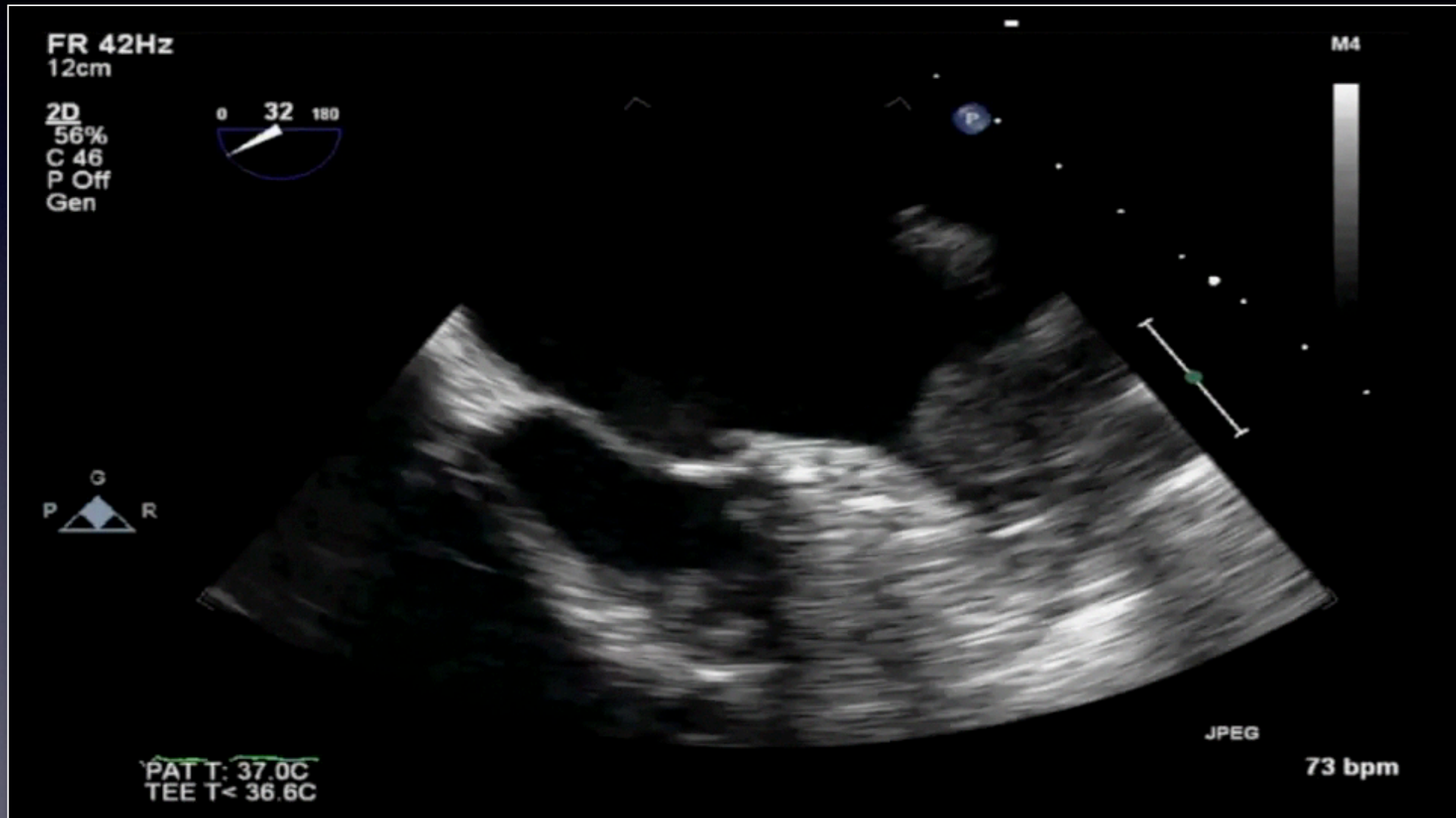
Nieuwe orale anticoagulantia

werking



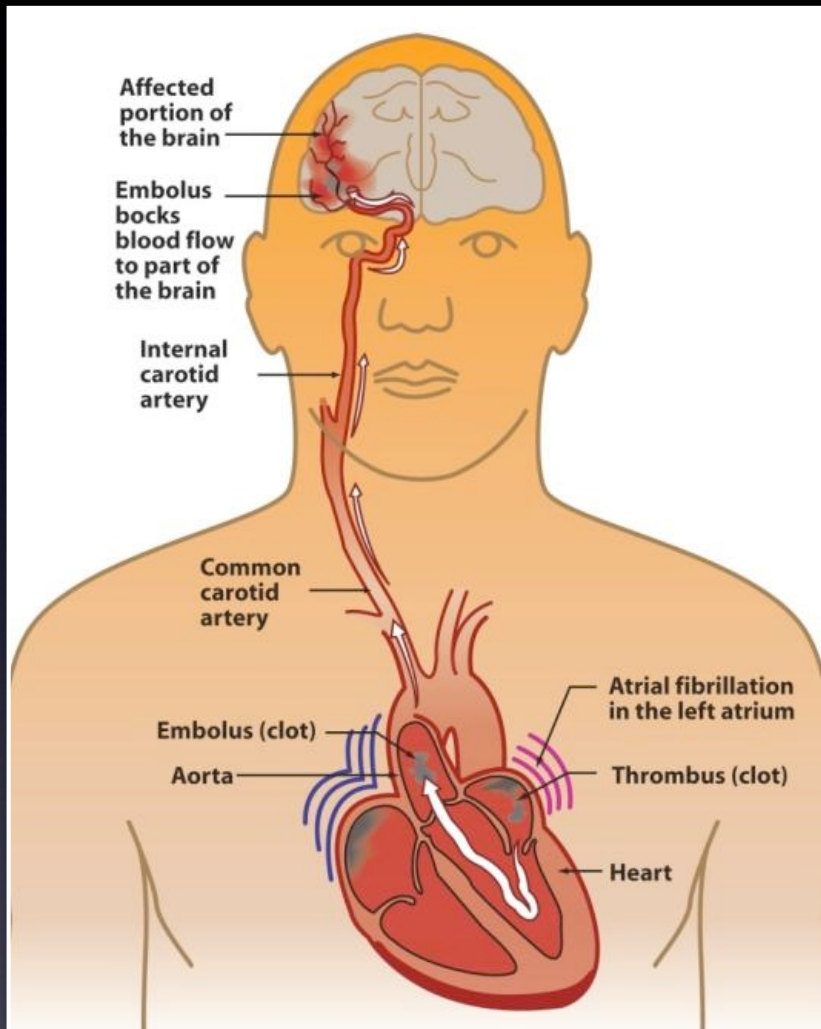
Casus 84j

TEE



VKF

CVA



VKF = pro-trombotische toestand¹

~5-voudige
toename in CVA risico²

VKF-gerelateerde CVA's zijn vaak
bijzonder ernstig en invaliderend
1-jaars mortaliteit van ~50%^{4,5}

Het CVA risico is hetzelfde bij
patiënten met VKF, ongeacht ze
paroxysmale of permanente VKF
hebben,⁷

1. Watson T, et al. Lancet 2009;373:155-166. 2. Wolf PA, et al. Stroke 1991;22:983-988.
3. Atlas of Heart Disease and Stroke, World Health Organization, September 2004. 4. Lin HJ, et al. Stroke
1996;27:1760-1764. 5. Marini C, et al. Stroke 2005;36:1115-1119.
6. Rosamond W, et al. Circulation 2008;117:e25-146. 7. Hart RG, et al. J Am Coll Cardiol 2000;35:183-187.

VKF

CHA₂DS₂-VASc

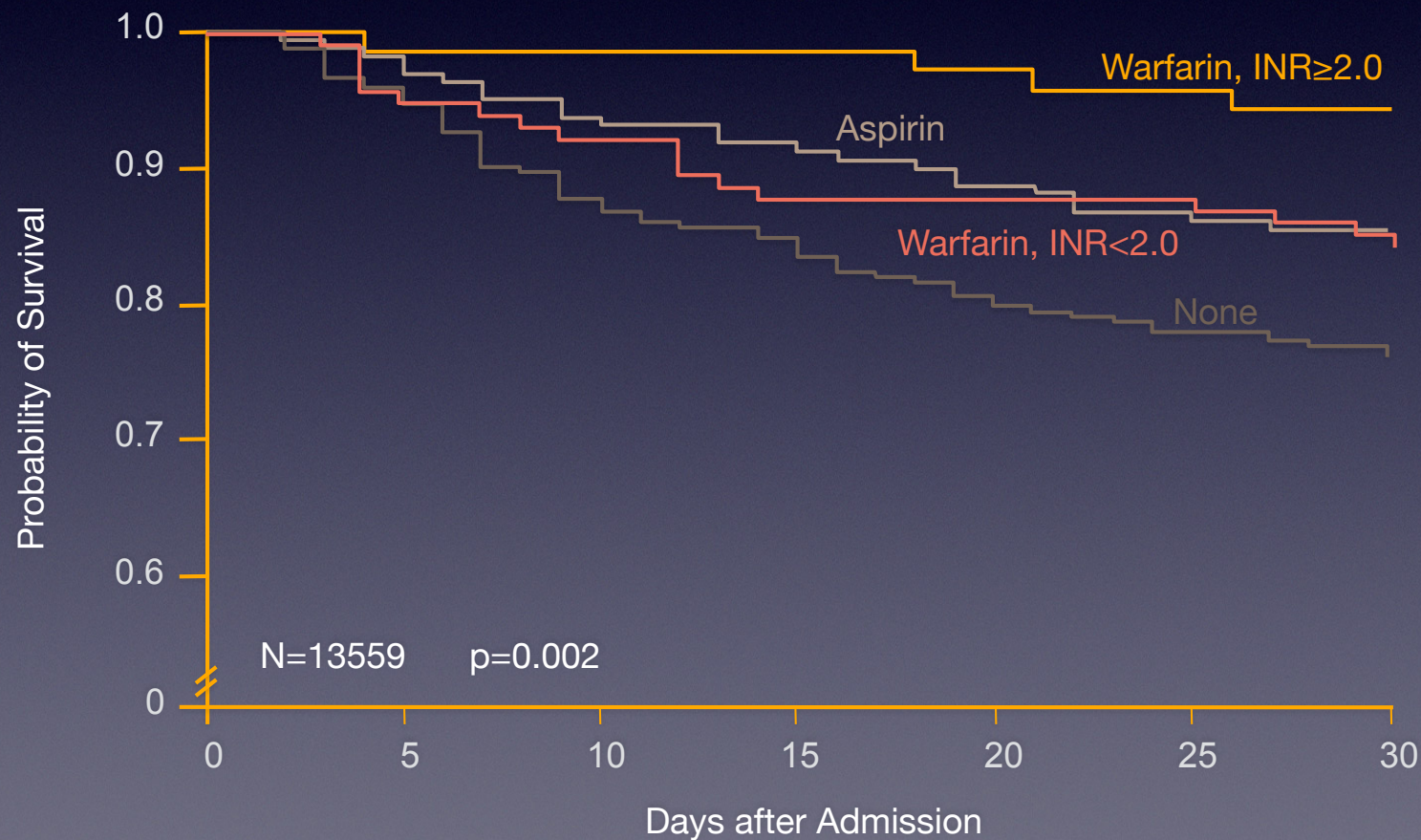
CHA ₂ DS ₂ -VASc criteria	Score
C ongestive heart failure/ left ventricular dysfunction	1
H ypertension	1
A ge ≥75 yrs	2
D iabetes mellitus	1
S roke/transient ischaemic attack/TE	2
V ascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease or aortic plaque)	1
A ge 65–74 yrs	1
S ex c ategory (i.e. female gender)	1

CHA ₂ DS ₂ -VASc total score	Rate of stroke/other TE (%/year) (95% CI)*	
0	0	(0–0)
1	0.6	(0.0–3.4)
2	1.6	(0.3–4.7)
3	3.9	(1.7–7.6)
4	1.9	(0.5–4.9)
5	3.2	(0.7–9.0)
6	3.6	(0.4–12.3)
7	8.0	(1.0–26.0)
8	11.1	(0.3–48.3)
9	100	(2.5–100)

VKF

rol van antico op CVA-mortaliteit

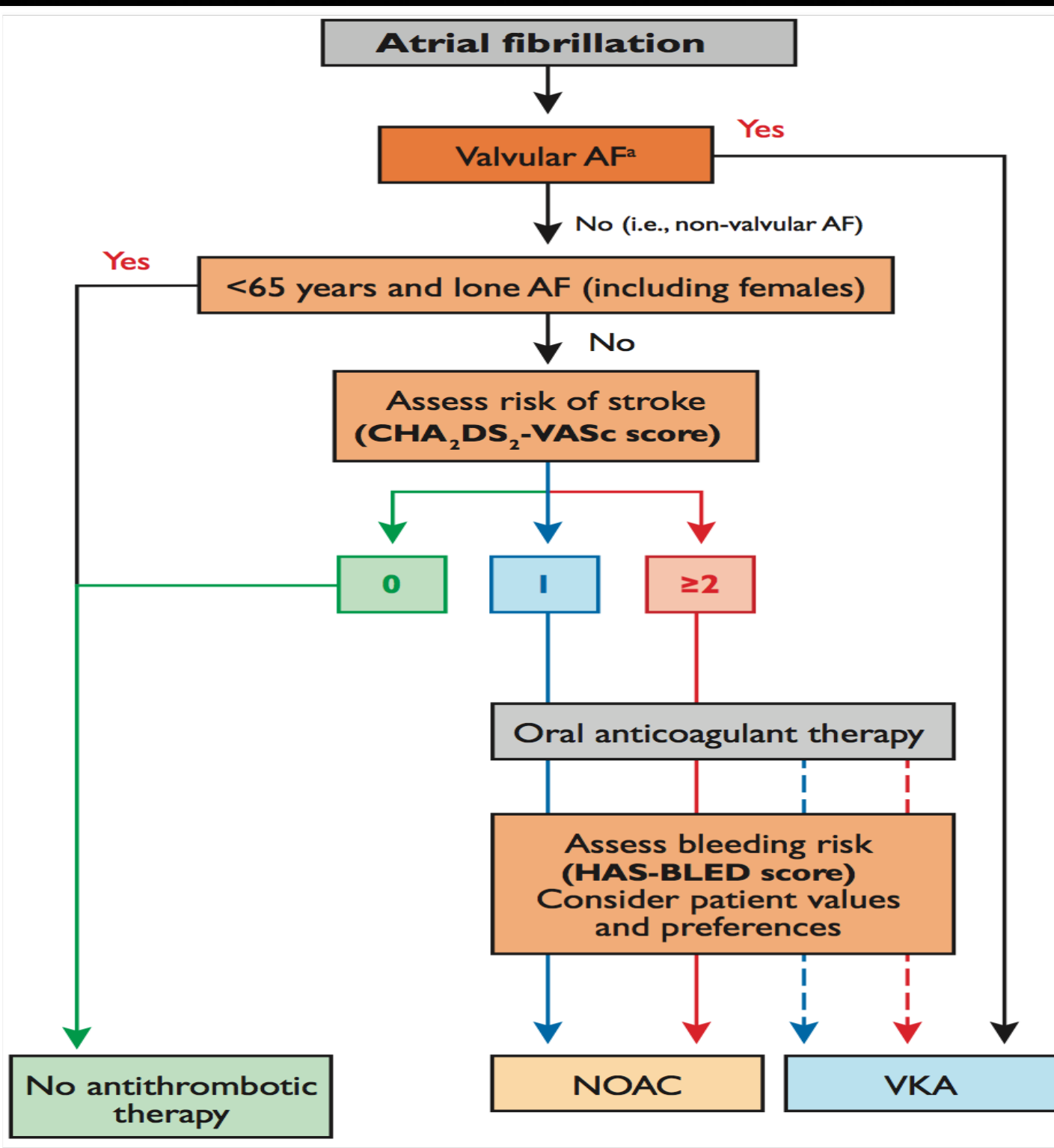
Survival After Stroke Based on Anticoagulation Intensity



DOAC vs VKA

key studies

	Pradaxa <i>Rely</i>		Eliquis <i>Aristotle</i>	Xarelto <i>Rocket-AF</i>	Lixiana <i>Engage</i>	
Dosis	150	110	5 of 2,5	20 of 15	60 of 30	30 of 15
Chads	1	1	1	2	2	2
CVA	+	idem	+	idem	idem	idem
isch CVA	+	idem	idem	idem	idem	-
maj bleeding	+	+	+	idem	+	+
IC bleeding	+	+	+	+	+	+
mortaliteit	idem	idem	+	idem	idem	+



VKF

HAS-BLED

HAS-BLED risk criteria	Score
H ypertension	1
A bnormal renal or liver function (1 point each)	1 or 2
S troke	1
B leeding	1
L abile INRs	1
E lderly (e.g. age >65 yrs)	1
D rugs or alcohol (1 point each)	1 or 2

HAS-BLED total score	N	Number of bleeds	Bleeds per 100 patient-yr*
0	798	9	1.13
1	1286	13	1.02
2	744	14	1.88
3	187	7	3.74
4	46	4	8.70
5	8	1	12.5
6	2	0	0.0
7	0	—	—
8	0	—	—
9	0	—	—

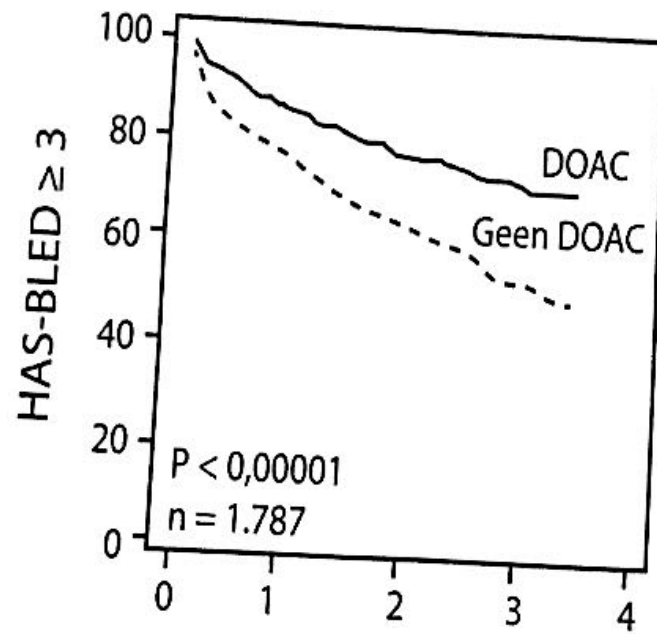
Verhoogd bloedingsrisico

- Nieuwe bloedingsscores
- 3 best ook niet stoppen met DOAC
- duidelijk minder intracraniele en levensbedreigende bloedingen
- CHADS₂ vasc 3 , zelfs na majeur bloeding voordeel om te herstarten
- Geen ASA + DOAC : X2 bloedingsrisico
- Praxbind, dabigatran

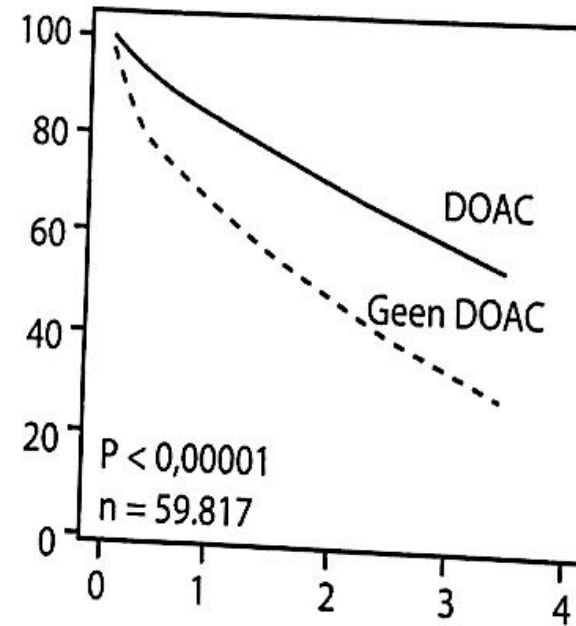
Welk antstolmiddel ?
Wat is majeur bleedingsrisico ?
Versus thrombotisch risico?

ASA : 0,4
DAPT : >0,8
DOAC : 0,8
VKA : 1,7

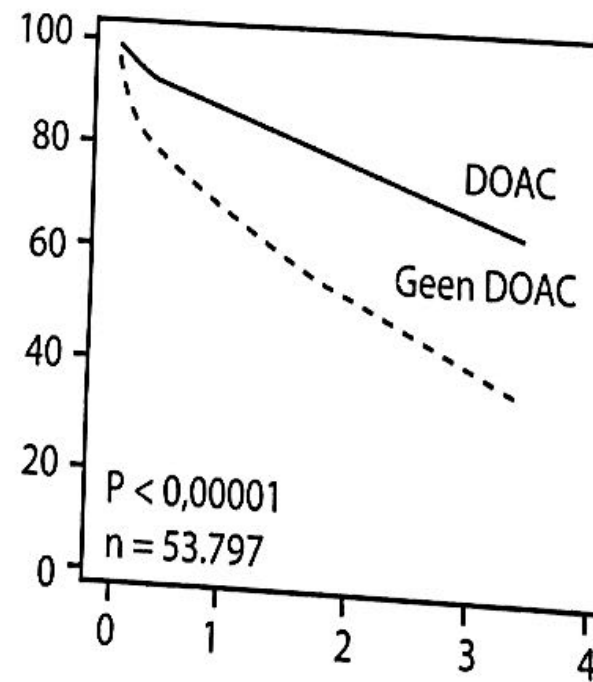
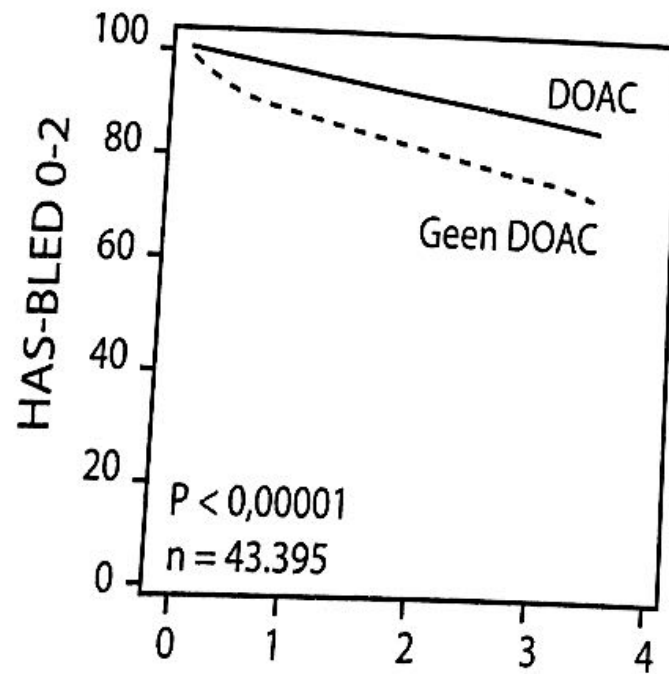
CHA₂DS₂-VASc 0-2



CHA₂DS₂-VASc ≥ 3



Jaren



Jaren

Peri-operatieve
overbruggingstherapie bij
Vitamine K Antagonisten (VKA)
of
Nieuwe Orale Anticoagulantia
(NOACs)

Heelkunde

antico bridging

- VKA : Preoperatief overbruggingsschema, thrombotisch risico van patient
- DOAC : Rekening houden met nierfunctie, bleedingsrisico van de ingreep
- onderscheid antithrombotica en antiaggregantia
- www.cardiologie-leuven.be

TROMBO-EMBOLISCH RISICO

▪ Hartklepprothese

Hoog risico (>10%)	▪ Mitralisklepprothese ▪ Oude aortaklepprothese (monoleaflet of bal-klepprothese)
Matig risico (5-10%)	▪ Bileaflet aortaklepprothese

▪ Voorkamerfibrillatie

Hoog risico (>10%)	▪ Voorgeschiedenis CVA/TIA ▪ CHA₂DS₂-VASc-score > 5 ▪ Reumatisch kleplijden
Matig risico (5-10%)	▪ CHA₂DS₂-VASc-score 4-5
Laag risico (2-5%)	▪ CHA₂DS₂-VASc-score ≤ 3

▪ Veneuze trombo-embolie

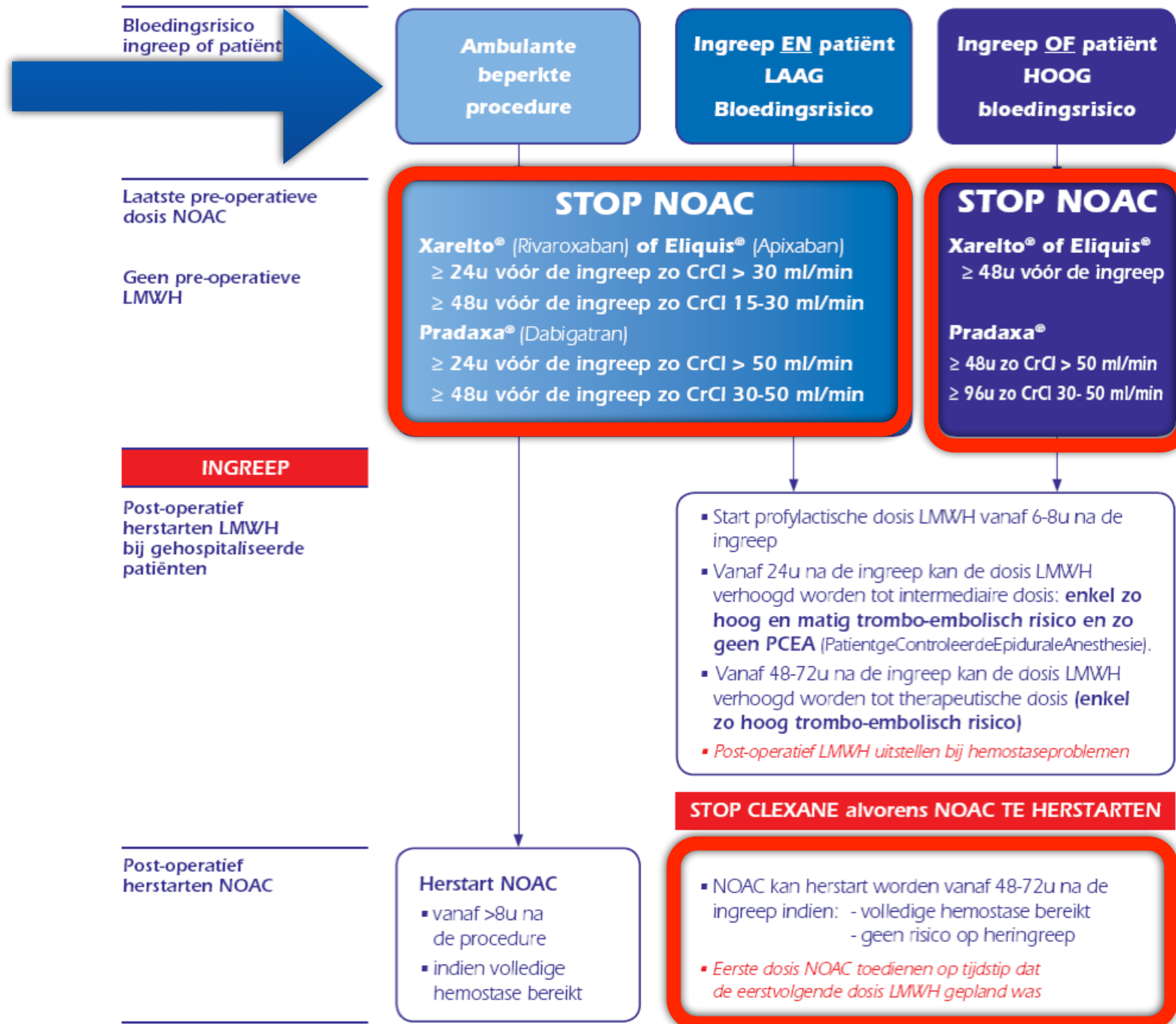
Hoog risico (>10%)	▪ Recente (< 3 maanden) DVT/LE ▪ Antifosfolipidensyndroom
Matig risico (5-10%)	▪ DVT of LE tussen 3-12 maanden geleden ▪ Recidiverende DVT of LE ▪ Actieve kanker ▪ Trombofilie
Laag risico (2-5%)	▪ Eenmalig DVT of LE > 12 maanden geleden en geen trombofilie

Overbruggingsschema VKA ↔ LMWH

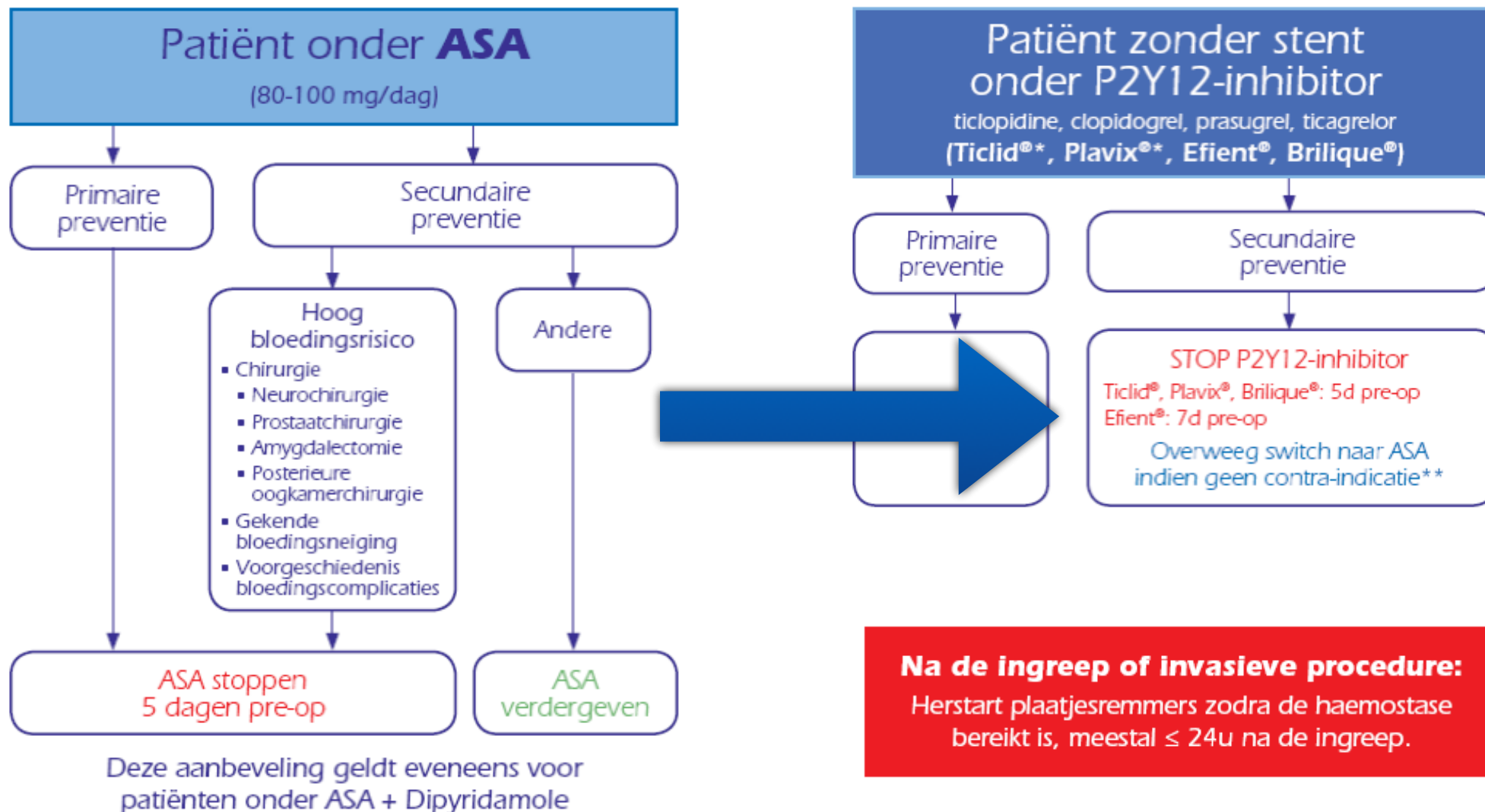
	HOOG trombo-embolisch risico	MATIG en LAAG** trombo-embolisch risico
Stop VKA	▪ Marcoumar® 7 -10 dagen vóór de ingreep ▪ Marevan® 5 -7 dagen vóór de ingreep ▪ Sintrom® 3 -4 dagen vóór de ingreep	
Pre-operatief	LMWH starten als INR < 2	
Dosis LMWH	Therapeutisch enoxaparine (Clexane®) 1 mg/kg 2x/dag	Intermediair enoxaparine (Clexane®) 1 mg/kg 1x/dag
Laatste pre-operatieve dosis LMWH	▪ 24u vóór de ingreep indien therapeutische of intermediaire dosis LMWH ▪ 12u vóór de ingreep indien profylactische dosis LMWH** ** Bij patiënten met laag trombo-embolisch risico of verhoogd bloedingsrisico is een profylactische dosis te overwegen (Clexane® 0.5 mg/kg 1x/dag)	
Controle INR dag vóór de ingreep Indien INR > 1.5 dan ≥ 5 mg Konakion® per os toedienen		
Post-operatief herstarten LMWH	▪ Profylactische dosis mag 6-8u na de ingreep herstart worden. ▪ Vanaf 24u na de ingreep kan, indien nodig, de dosis LMWH verhoogd worden tot intermediaire dosis (zo geen PCEA). ▪ Vanaf 48-72u na de ingreep kan, indien nodig, de dosis LMWH verhoogd worden tot therapeutische dosis.	
Uitgesteld in geval van hemostase-problemen		
Post-operatief herstarten VKA	▪ In functie van type ingreep, algemene toestand, bloedingsrisico, risico op heringreep, aanwezigheid van drainagesysteem: 12-24u na de ingreep ▪ LMWH overbruggingstherapie aanhouden tot therapeutische INR onder VKA	

Halveer de dosis in geval van Creatinine Klaring < 30 ml/min

Overbruggingsschema NOACs

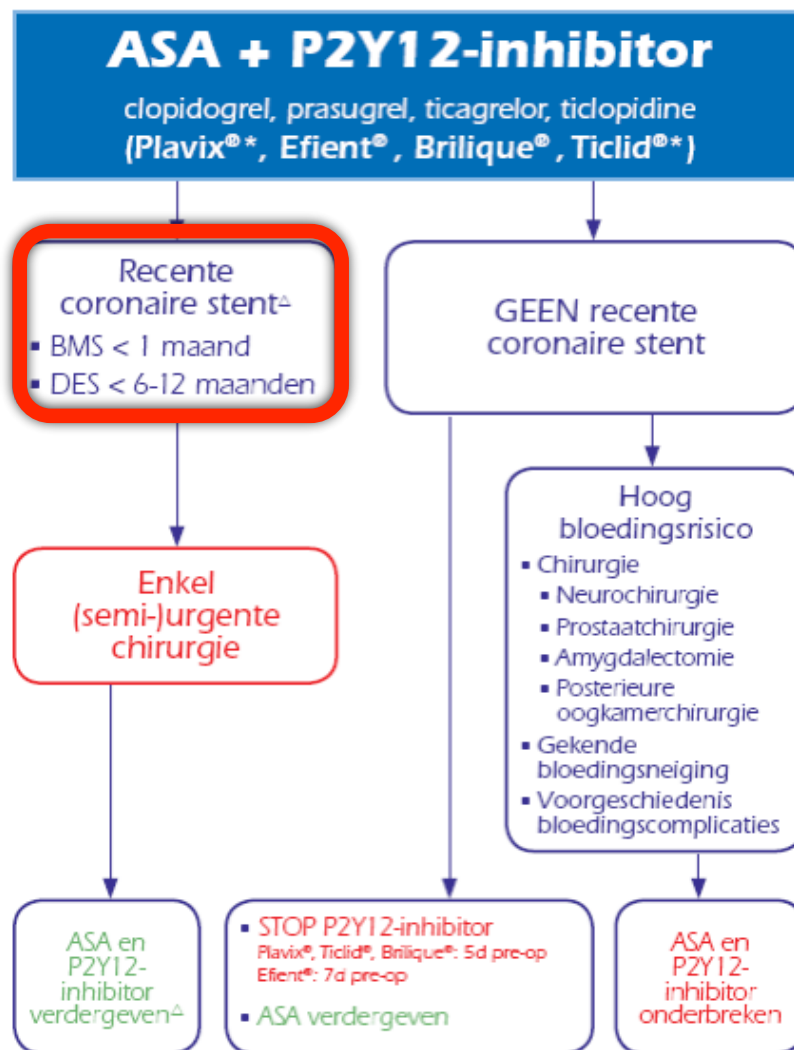


MONOTHERAPIE PLAATJESREMMERS



Peri-operatieve overbruggingstherapie bij patiënten onder anti-aggregantia

COMBI-THERAPIE PLAATJESREMMERS



^Δ Na overleg met behandelende cardioloog

Indien combinatie van P2Y12-inhibitor en orale anticoagulantia: raadpleeg behandelende cardioloog

The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation

**Jan Steffel^{1*}, Peter Verhamme², Tatjana S. Potpara³, Pierre Albaladejo⁴,
Matthias Antz⁵, Lien Desteghe⁶, Karl Georg Haeusler⁷, Jonas Oldgren⁸,
Holger Reinecke⁹, Vanessa Roldan-Schilling¹⁰, Nigel Rowell¹¹, Peter Sinnaeve²,
Ronan Collins¹², A. John Camm¹³, and Hein Heidbüchel^{6,14}**

Praktische
richtlijnen
DOAC
ESC Guidelines 2018

Drug interactie

Effect op DOAC plasma spiegel

	Interactie	Dabigatran	Apixaban	Edoxaban	Rivaroxaban
Atorvastatin	P-gp/CYP3A4	+18%	no data	no effect	no effect
Antacids	GI absorption	-12-30%	no data	no effect	no effect
Verapamil	P-gp/CYP3A4	+12–180%	no data	+ 53%	minor effect
Diltiazem	P-gp/CYP3A4	no effect	+40%	no data	minor effect
Amiodarone	P-gp	+12–60%	+40%	no data	minor effect
Fluconazole	CYP3A4	no data	no data	no data	+42%
Clarithromycin	P-gp/ CYP3A4	+15–20%	no data	+ 90%	+30–54%
Ketoconazole Itraconazole	P-gp/CYP3A4	+140–150%	+100%	+ 87-95%	up to +160%



contra-indicatie



dosis-reductie



dosis-reductie bij 2x

Nierfunctie

Effect op NOAC plasma spiegel

	CrCl	Dabigatran	Apixaban	Edoxaban	Rivaroxaba
Mild	50-80	2x 150	2 x 5	1x 60	1 x 20
Matig	30-50	2 x 110	2 x 2,5	1 x 30	1 x 15
Ernstig	15-29	+140-150%	2 x 2,5	1 x 30	1 x 15



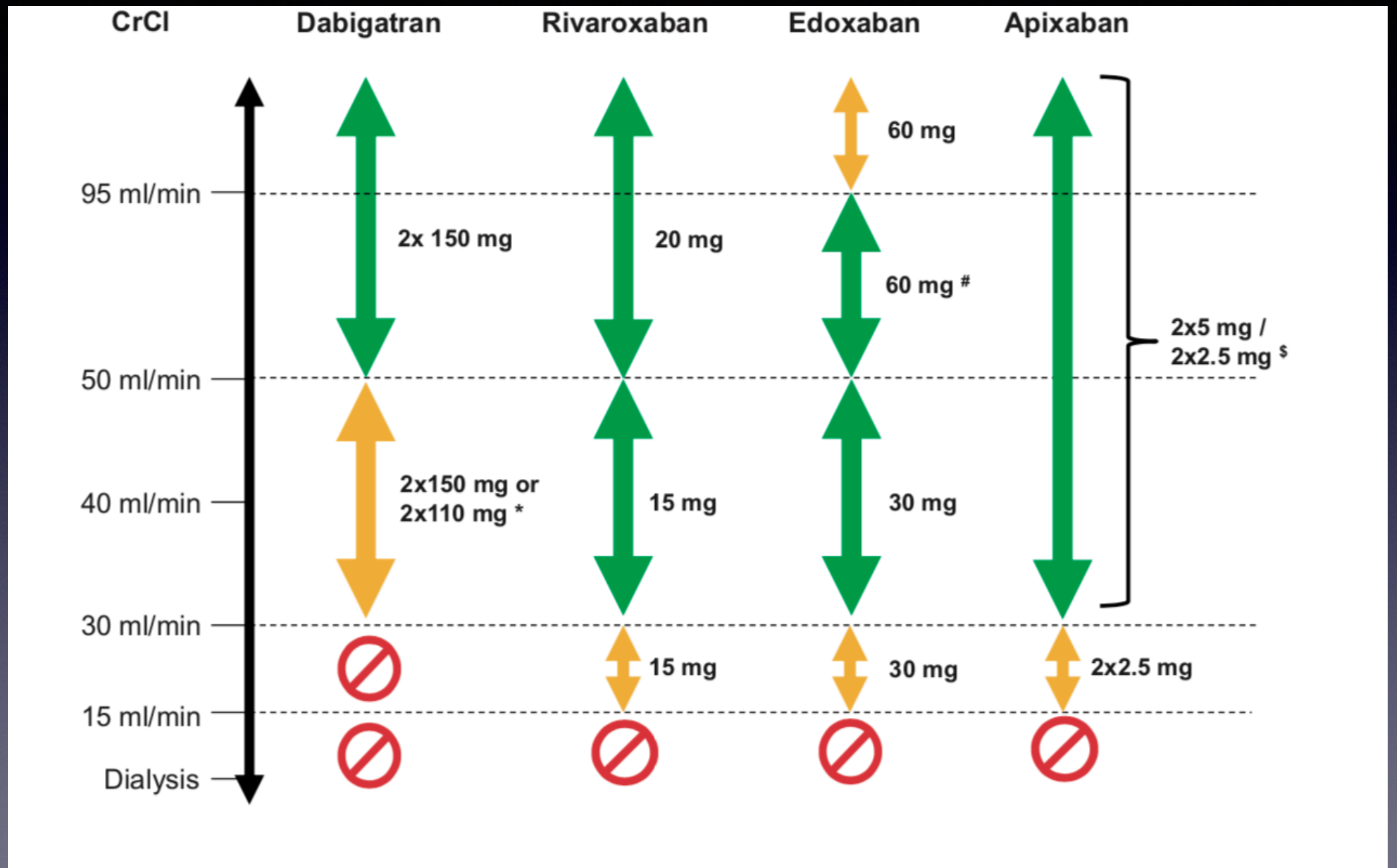
contra-indicatie



dosis-reductie



dosis-reductie bij 2x



Leeftijd/gewicht

Effect op DOAC plasma spiegel

	Dabigatran	Apixaban	Edoxaban	Rivaroxaban
Aged ≥ 80 years ↑ plasma level	2x110			
Aged ≥ 75 years ↑ plasma level				
Weight ≤ 60 kg ↑ plasma level			1x30	

Antiplatelet drugs, NSAIDs

Systemic steroid therapy

Other anticoagulants

Recent surgery on critical organ (brain, eye)

Thrombocytopenia (e.g. chemotherapy)

HAS-BLED ≥ 3



dosis-reductie



dosis-reductie bij 2x

		Day -4	Day -3	Day -2	Day -1	Day of surgery	Day +1	Day +2	
Minor bleeding risk	Dabi					No bridging ★ ★ ★ ★ Restart ≥ 6h post surgery			
	Apix								
	Edo / Riva (AM intake)								
	Edo / Riva (PM intake)								
Low bleeding risk	Dabi		 (if CrCl ≥ 30)	 (if CrCl ≥ 50) (if CrCl ≥ 80)		No bridging ★ ★ ★ ★			
	Apix								
	Edo / Riva (AM intake)								
	Edo / Riva (PM intake)								
High bleeding risk	Dabi	 (if CrCl ≥ 30)	 (if CrCl ≥ 50) (if CrCl ≥ 80)	No bridging (heparin / LMWH) Consider plasma level measurements (in special situations *)		No bridging ★ ★ ★ ★	Consider postoperative thromboprophylaxis per hospital protocol		
	Apix								
	Edo / Riva (AM intake)								
	Edo / Riva (PM intake)								
							Restart ≥ 48h (-72h) post surgery		

Patient requiring unplanned surgery

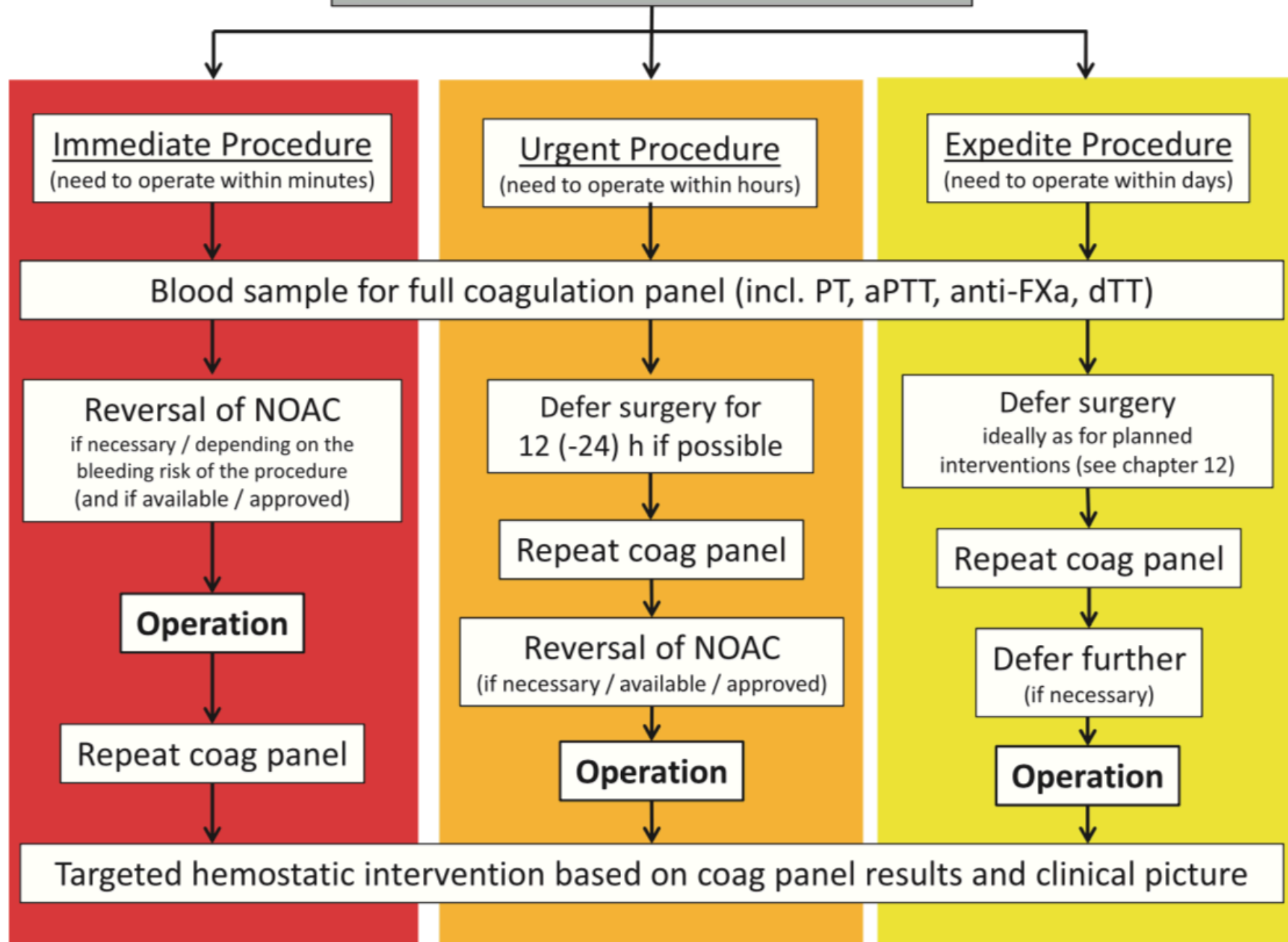


Table 11 Timing of last non-vitamin K antagonist oral anticoagulant intake before start of an elective intervention

	Dabigatran		Apixaban – Edoxaban – Rivaroxaban	
	No important bleeding risk and/or adequate local haemostasis possible: perform at trough level (i.e. 12 h or 24 h after last intake)			
	Low risk	High risk	Low risk	High risk
CrCl ≥80 mL/min	≥24 h	≥48 h	≥24 h	≥48 h
CrCl 50–79 mL/min	≥36 h	≥72 h	≥24 h	≥48 h
CrCl 30–49 mL/min	≥48 h	≥96 h	≥24 h	≥48 h
CrCl 15–29 mL/min	Not indicated	Not indicated	≥36 h	≥48 h
CrCl <15 mL/min	No official indication for use			

No bridging with LMWH/UFH

Resume full dose of NOAC ≥ 24 h post-low bleeding risk interventions and 48 (–72) h post-high-bleeding risk interventions (see also *Figure 8*)

Patients undergoing a planned intervention should receive a written note indicating the anticipated date and time of their intervention, and the date and time of the last intake of their NOAC (and any other medication)

Minor

- Tandheelkunde
- Oogheelkunde
- Endoscopie zonder biopsie
- Huidingrepen

Laag

- endoscopie met biopsie
- Prostaat of blaasbiopsie
- Perifere angiografie
- EFO, pacemaker , ICD

Hoog

- complexe endoscopische ingrepen
- spinale of epidurale anesthesie
- thoracale heekunde
- abdominale heekunde
- majeure orthopedie
- leverbiopsie, nierbiopsie
- TURP
- ESWL

Bleeding while using a NOAC

- Inquire about last NOAC intake
- Blood sample to determine creatinine (clearance), hemoglobin etc.
- Rapid coagulation assessment, incl. plasma drug levels (if available)

Mild bleeding

Non life-threatening major bleeding

Life-threatening bleeding

- Delay or discontinue next dose
- Reconsider concomitant medication
- Reconsider choice of NOAC, dosing (see chapters 2, 5, and 15)

Supportive measures :

- Mechanical compression
- Endoscopic haemostasis if gastro-intestinal bleed
- Surgical haemostasis
- Fluid replacement
- RBC substitution if needed
- Platelet substitution (if platelet count $\leq 60 \times 10^9/L$)
- Consider adjuvant tranexamic acid
- Maintain adequate diuresis

For dabigatran:

- Consider idarucizumab / hemodialysis (if idarucizumab is not available)

- For dabigatran-treated patients: Idarucizumab 5g i.v.
- For FXa inhibitor -treated patients: Andexanet alpha (pending approval and availability)

Otherwise, consider:

- PCC (e.g. Beriplex®, CoFact®) 50 U/kg; +25 U/kg if indicated
- aPCC (Feiba®) 50 U/kg; max 200 U/kg/day

Table 9 Plasma levels and coagulation assays in patients treated with non-vitamin K antagonist oral anticoagulants

	Dabigatran ^{229,230}	Apixaban ²³¹ , SmPc	Edoxaban ^{184,232}	Rivaroxaban ^{131,186}
Expected plasma levels of NOACs in patients treated for AF (based on dTT/ECA for dabigatran and anti-FXa activity for Xa inhibitors)				
Expected range of plasma levels <i>at peak</i> for standard dose (ng/mL) ^a	64–443	69–321	91–321	184–343
Expected range of plasma levels <i>at trough</i> for standard dose (ng/mL) ^a	31–225	34–230	31–230	12–137
Expected impact of NOACs on routine coagulation tests				
PT	↑	(↑)	↑(↑)	↑↑ (↑)
aPTT	↑↑(↑)	(↑)	↑	↑
ACT	↑(↑)	↑	↑	↑
TT	↑↑↑↑	—	—	—

Ranges indicate the P5/95 percentiles for dabigatran, rivaroxaban, and apixaban, and the interquartile ranges for edoxaban.

The reagents influence the sensitivity of the PT for FXa inhibitors and of the aPTT for dabigatran. When a sensitive assay is used, normal aPTT excludes above on-therapy levels in dabigatran-treated patients, and normal PT excludes above on-therapy levels in rivaroxaban and edoxaban, but not apixaban treated patients. Point-of-care INR devices developed to monitor vitamin K antagonists do not accurately reflect the anticoagulant status of NOAC treated patients.

ACT, activated clotting time; aPTT, activated partial thromboplastin time; dTT, diluted thrombin time; ECA, ecarin clotting assay; INR, international normalized ratio; PT, prothrombin time.

Hoe ruzies ontstaan



Casus 48 j

- voorgeschiedenis : AHT
- Medicatie : coversyl 5
- **Abnormaal hoge hartslag tijdens joggen op polar**
- CHADS vasc1 = 0,6 % per jaar

Training Result 28.08.2012 06:43



Publish and view shared training

 Running	Duration 10:24:47	HR Avg 99 bpm	HR Max 193 bpm	Calories 3792 kcal	Distance km	Pace Avg min/km	Training Load 261
--	-----------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------------

Overview

Curve

Data

Benefit

Curve

Settings

Reset Zoom

Full Screen

HR (bpm)



Sport Zones

Heart Rate (bpm)

179	0 %	00:02:29
171		
141	3 %	00:18:01
101	42 %	04:21:17
71	48 %	05:02:29
54	6 %	00:35:44

Training Result 30.08.2012 06:41



[Publish and view shared training](#)

 Running	Duration 06:42:58	HR Avg 85 bpm	HR Max 211 bpm	Calories 1415 kcal	Distance km	Pace Avg min/km	Training Load 129
--	-----------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------------

Overview

Curve

Data

Benefit

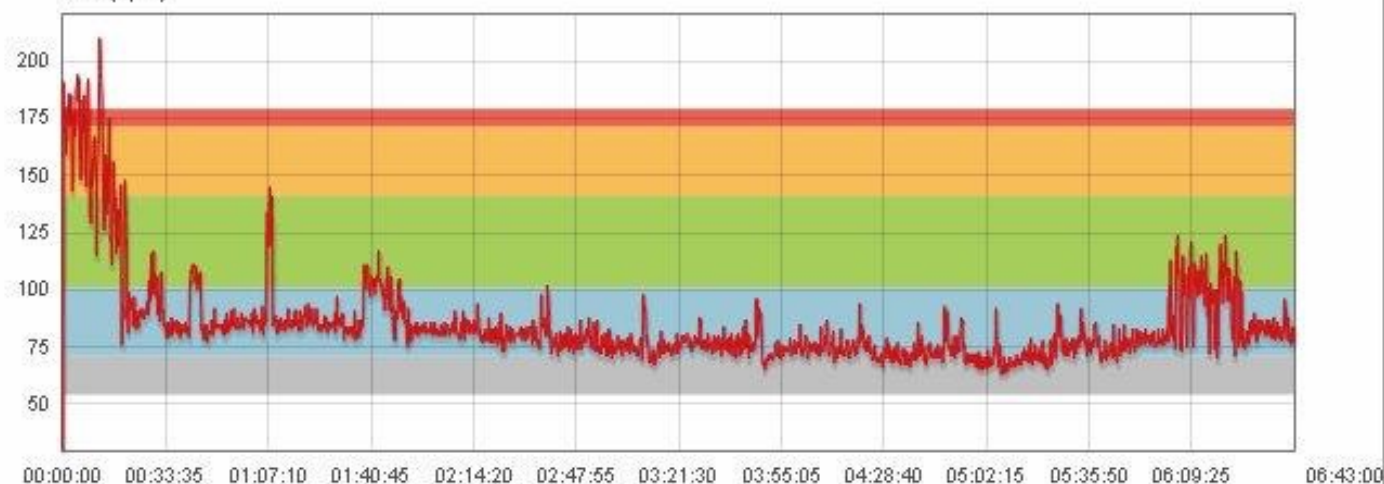
Curve

Settings

Reset Zoom

Full Screen

HR (bpm)



Sport Zones

Heart Rate (bpm)

179	1 %	00:02:55
171		
141	2 %	00:08:19
101	8 %	00:30:32
71	80 %	05:21:17
54	9 %	00:36:04

orn: . .
je: -
x: -
ight: -- cm
ight: -- kg
p: - / - mmHg

HR 120 /min

Axis

P --
QRS 38 °
T -28 °

Intervals

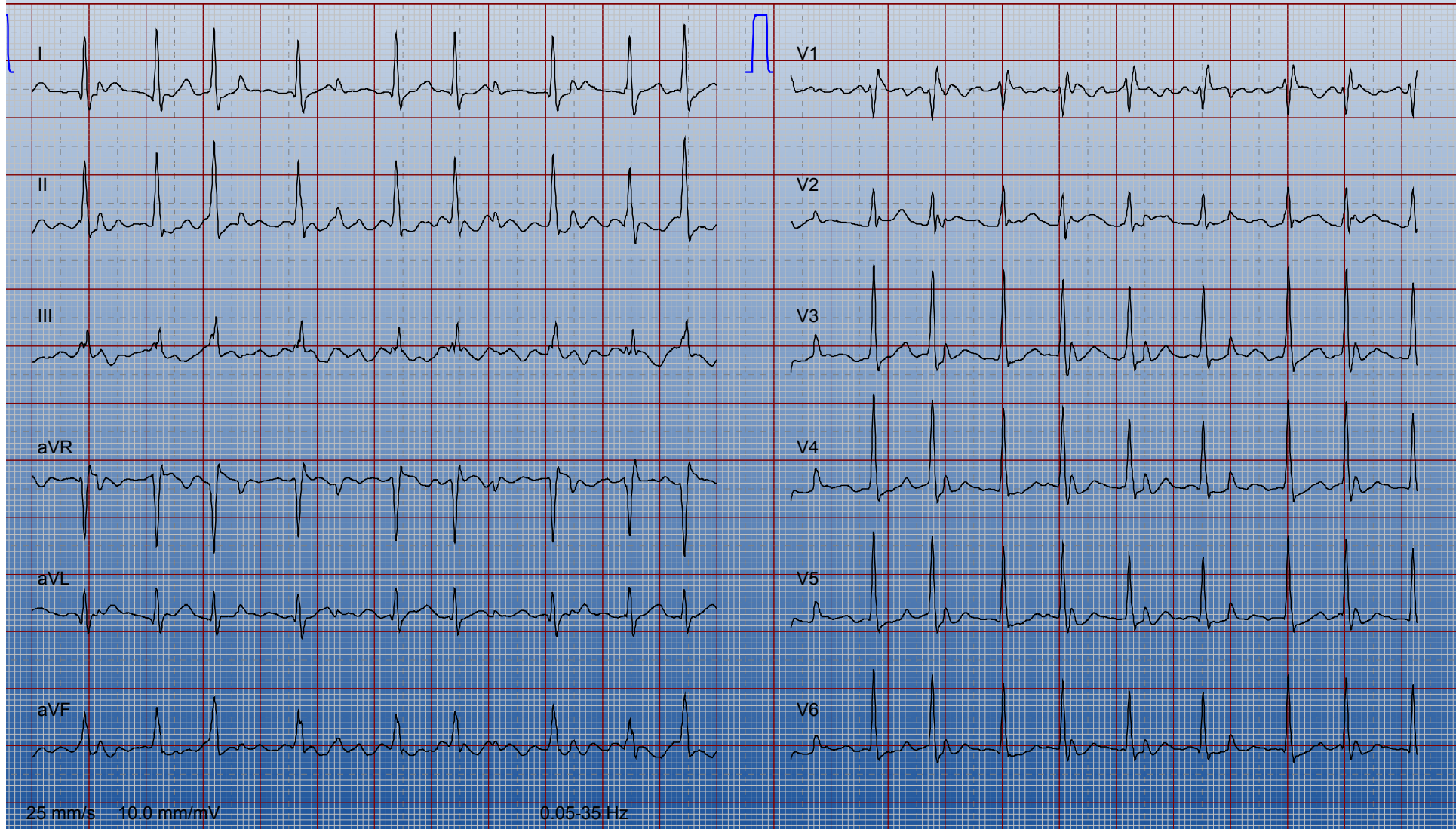
RR 499 ms
P --
PQ --
QRS 88 ms
QT 332 ms
QTc 469 ms

Interpretation

FLUTTER
NORMALE AS
INCOMPLEET RECHTER BUNDELTAK BLOCK
ST&T-AFWIJKING, OVERWEEG
INFERIOR ISCHEMIE OF LINKER VENTRIKEL STRAIN

ad:
m:

Validated by NURSE / 07.05.2010 10:44:46



CHADSVASC 1

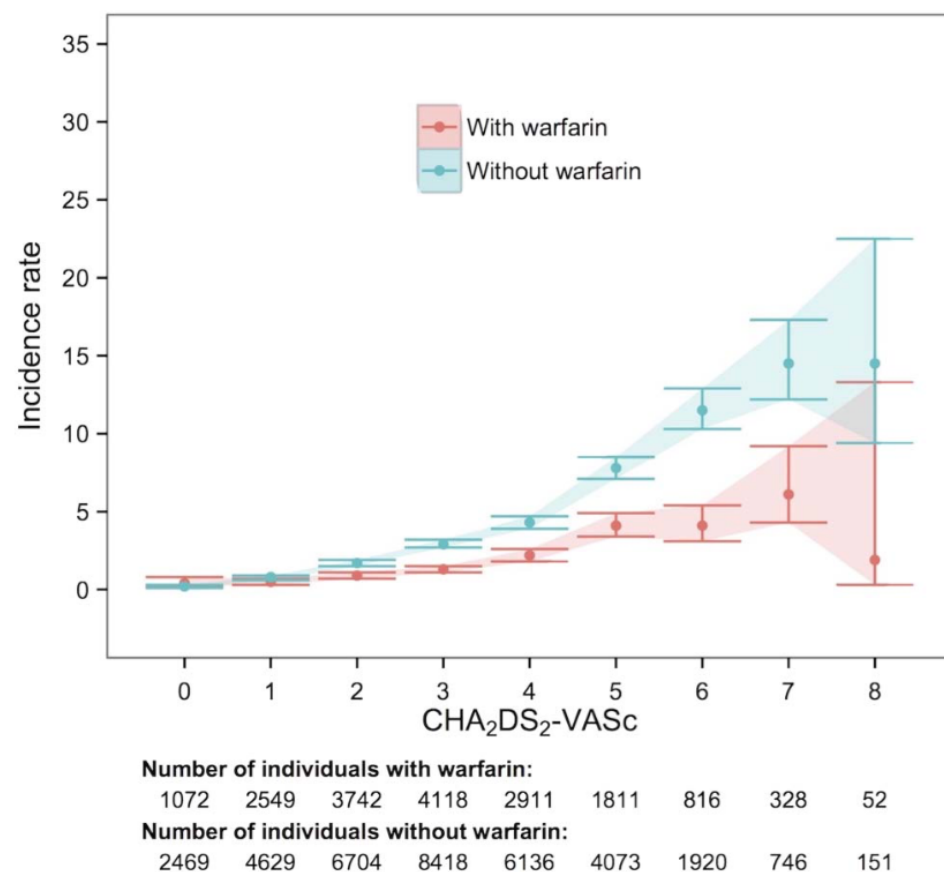


Figure 3 Incidence rates (95% CIs) per 100 person-years of ischaemic stroke in men by CHA₂DS₂-VASC scores, and use of warfarin. Individuals could contribute follow-up time to periods with and without warfarin.

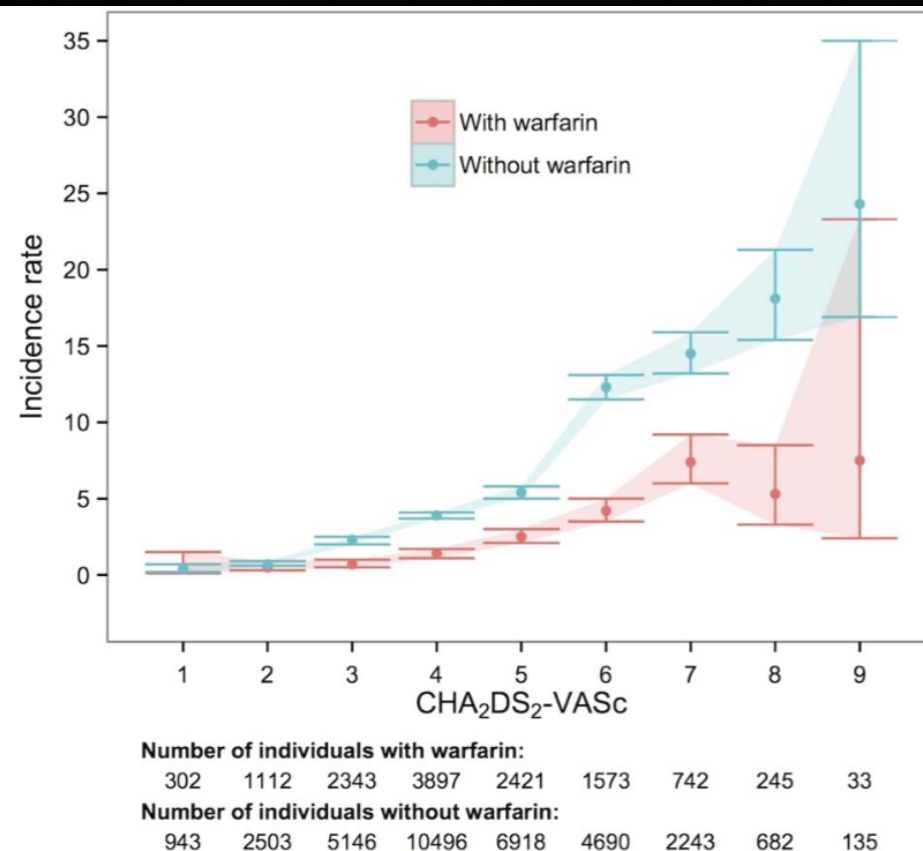


Figure 4 Incidence rates (95% CIs) per 100 person-years of ischaemic stroke in women by CHA₂DS₂-VASC scores, and use of warfarin. Individuals could contribute follow-up time to periods with and without warfarin.

Casus 48j

Apocard 100
Emconcor 2,5

Staal Lixiana 60 mg 3 weken
voor isolatie pulmonale
venen



symposium 11/10/14



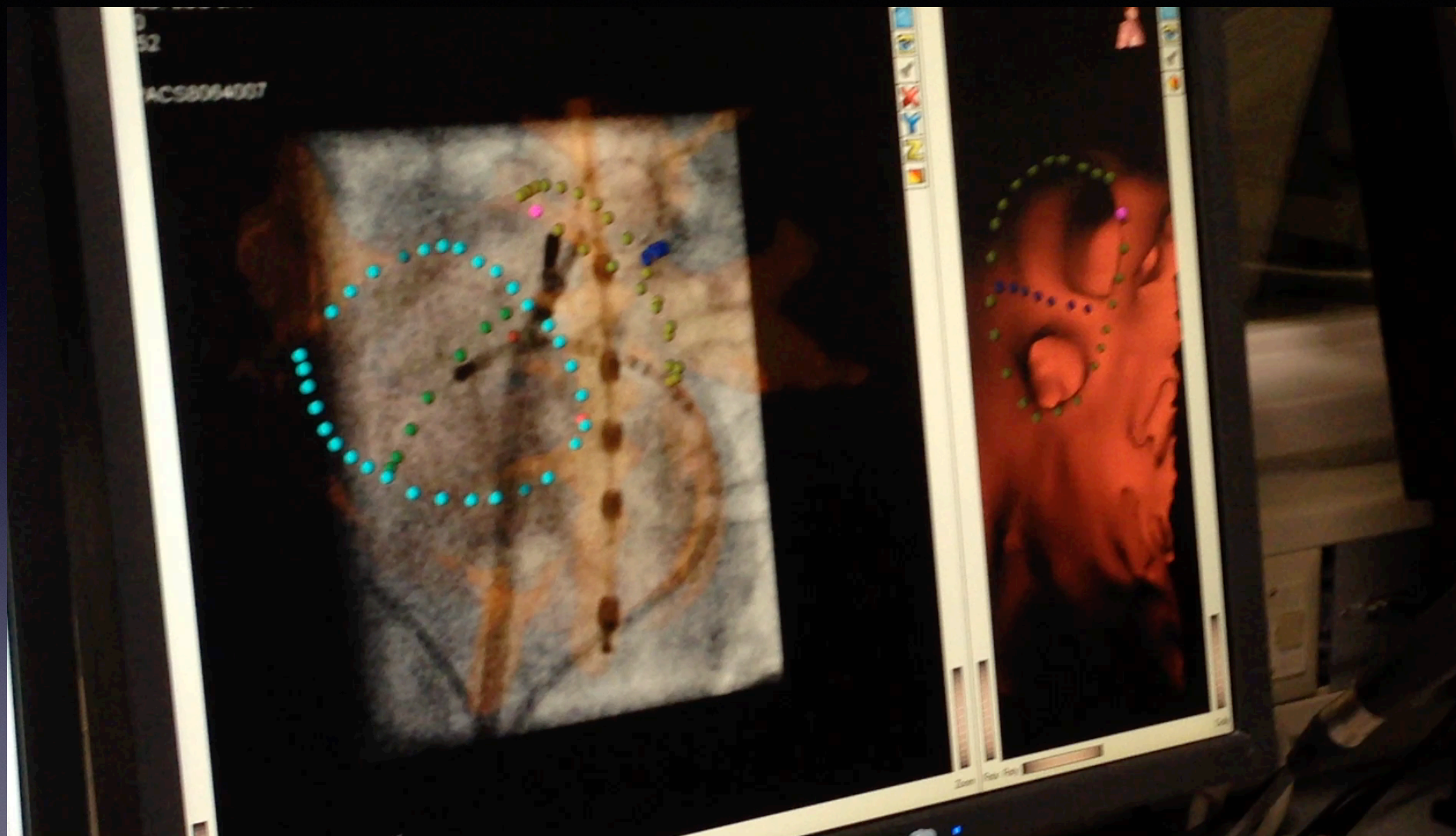
Ablatie ?

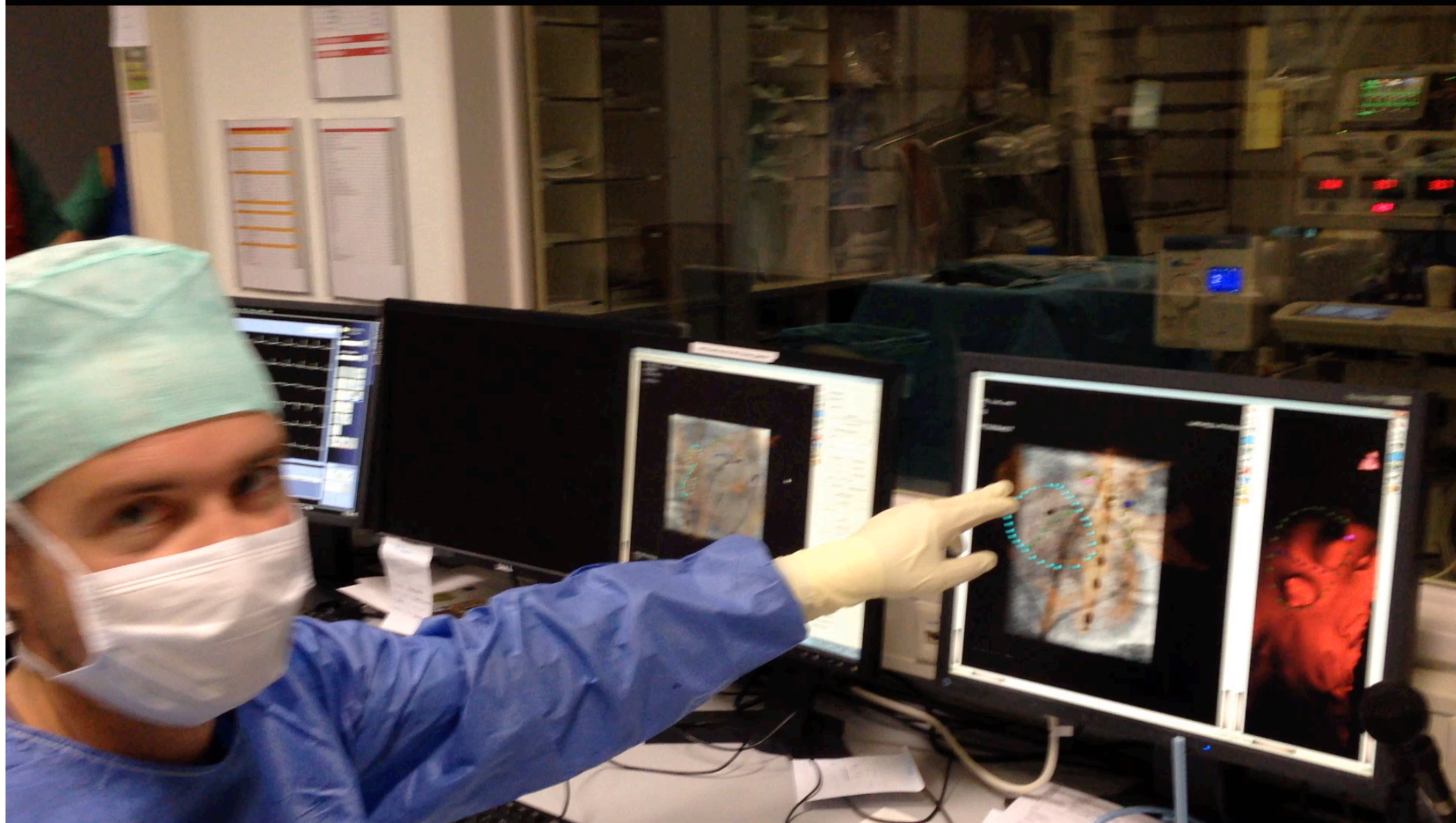
Wanneer verwijzen ?

Dr. H. Celen
Cardiologie
RZ HHart Leuven

Kandidaten

- Refractair aan medicatie
- Normale atria
- P op T fenomeen, ectopische foci
- Afwezigheid van structureel hartlijden of uitlokkende factoren
- Na “informed consent”

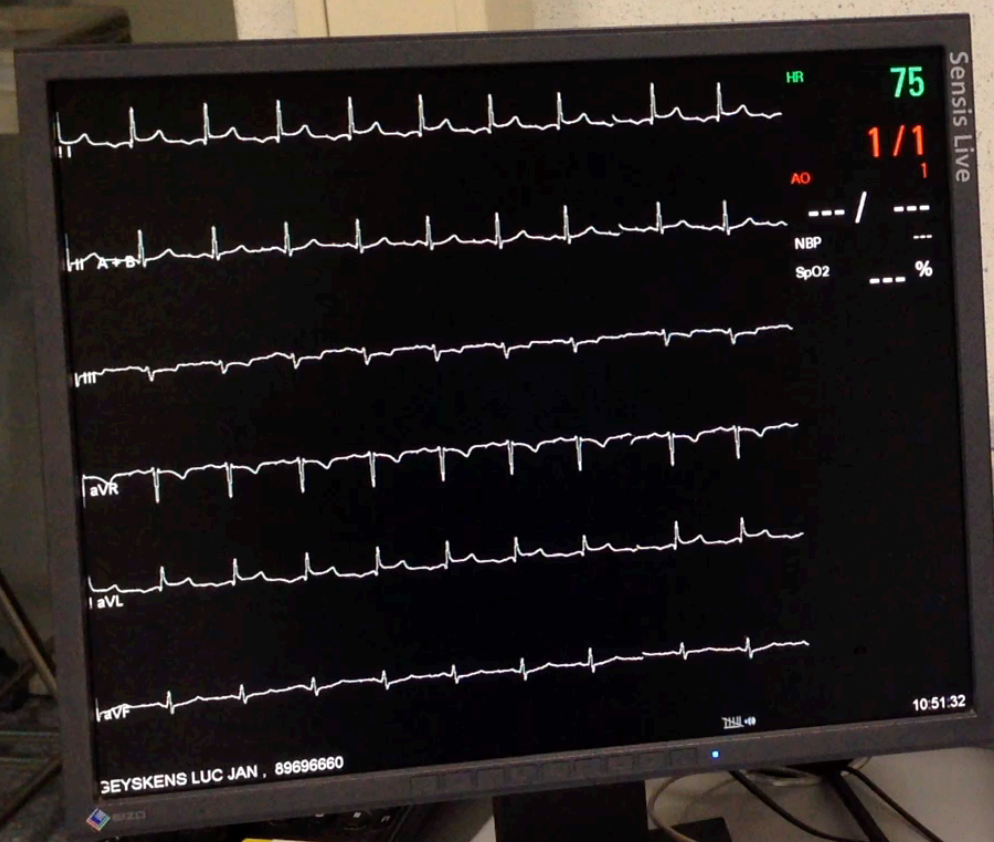






Prof.	Dr.	Dr. Ingrid Wanner	
Prof.	Dr.	Theresiana Philipp (inval.)	4/2014
Geographie (Lehrstuhl)			
Prof.	Dr.	Bodo Wanner	4/2010
Prof.	Dr.	Ingrid Wanner	4/2010
Mathematik (Lehrstuhl)			
Prof.	Dr.	Gertling Hans	4/2014
Prof.	Dr.	Leopold Bernhardt	4/2013
Prof.	Dr.	Haydn Ruth	4/2010
Prof.	Dr.	Luigi Bion	4/2010
Physik (Lehrstuhl)			
Prof.	Dr.	Jensens Stefan (Inv.)	4/2010
Prof.	Dr.	Hermanns Maria-Cristina	4/2010
Prof.	Dr.	Vogel Jens-Uwe	4/2010
Prof.	Dr.	Geisler-Krause Karle	4/2010
Chemie (Lehrstuhl (Inv. 4/2010))			
Prof.	Dr.	Meyers Ralf (Inv.)	4/2014
Prof.	Dr.	Schäfers Tobi	4/2013
Prof.	Dr.	Jörgensen Paul	4/2013
Prof.	Dr.	Reuter Barb	4/2013
Prof.	Dr.	Taka Taka	4/2013
Prof.	Dr.	De Pommers Herbert	4/2013

100	4071.5
100C (rail 1)	4071.50
100C (rail 2)	4071.50
100C (rail 3)	4071.50
100C (rail 4)	4071.50
100C (rail 5)	4071.50
100C (rail 6)	4071.50
100C (rail 7)	4071.50
100C (rail 8)	4071.50
100C (rail 9)	4071.50
100C (rail 10)	4071.50
100C (rail 11)	4071.50
100C (rail 12)	4071.50
100C (rail 13)	4071.50
100C (rail 14)	4071.50
100C (rail 15)	4071.50
100C (rail 16)	4071.50
100C (rail 17)	4071.50
100C (rail 18)	4071.50
100C (rail 19)	4071.50
100C (rail 20)	4071.50
100C (rail 21)	4071.50
100C (rail 22)	4071.50
100C (rail 23)	4071.50
100C (rail 24)	4071.50
100C (rail 25)	4071.50
100C (rail 26)	4071.50
100C (rail 27)	4071.50
100C (rail 28)	4071.50
100C (rail 29)	4071.50
100C (rail 30)	4071.50
100C (rail 31)	4071.50
100C (rail 32)	4071.50
100C (rail 33)	4071.50
100C (rail 34)	4071.50
100C (rail 35)	4071.50
100C (rail 36)	4071.50
100C (rail 37)	4071.50
100C (rail 38)	4071.50
100C (rail 39)	4071.50
100C (rail 40)	4071.50
100C (rail 41)	4071.50
100C (rail 42)	4071.50
100C (rail 43)	4071.50
100C (rail 44)	4071.50
100C (rail 45)	4071.50
100C (rail 46)	4071.50
100C (rail 47)	4071.50
100C (rail 48)	4071.50
100C (rail 49)	4071.50
100C (rail 50)	4071.50
100C (rail 51)	4071.50
100C (rail 52)	4071.50
100C (rail 53)	4071.50
100C (rail 54)	4071.50
100C (rail 55)	4071.50
100C (rail 56)	4071.50
100C (rail 57)	4071.50
100C (rail 58)	4071.50
100C (rail 59)	4071.50
100C (rail 60)	4071.50
100C (rail 61)	4071.50
100C (rail 62)	4071.50
100C (rail 63)	4071.50
100C (rail 64)	4071.50
100C (rail 65)	4071.50
100C (rail 66)	4071.50
100C (rail 67)	4071.50
100C (rail 68)	4071.50
100C (rail 69)	4071.50
100C (rail 70)	4071.50
100C (rail 71)	4071.50
100C (rail 72)	4071.50
100C (rail 73)	4071.50
100C (rail 74)	4071.50
100C (rail 75)	4071.50
100C (rail 76)	4071.50
100C (rail 77)	4071.50
100C (rail 78)	4071.50
100C (rail 79)	4071.50
100C (rail 80)	4071.50
100C (rail 81)	4071.50
100C (rail 82)	4071.50
100C (rail 83)	4071.50
100C (rail 84)	4071.50
100C (rail 85)	4071.50
100C (rail 86)	4071.50
100C (rail 87)	4071.50
100C (rail 88)	4071.50
100C (rail 89)	4071.50
100C (rail 90)	4071.50
100C (rail 91)	4071.50
100C (rail 92)	4071.50
100C (rail 93)	4071.50
100C (rail 94)	4071.50
100C (rail 95)	4071.50
100C (rail 96)	4071.50
100C (rail 97)	4071.50
100C (rail 98)	4071.50
100C (rail 99)	4071.50
100C (rail 100)	4071.50



Belangrijke patiënten info

Neem uw geneesmiddel nauwgezet zoals vereist (ttz 1x of 2x/dag).
Geen inname betekent geen bescherming!

Stop uw geneesmiddel nooit zonder uw arts te raadplegen.

Start nooit een ander geneesmiddel zonder uw arts te raadplegen,
zelfs geen pijnstillers zonder voorschrift voor korte duur.

Waarschuw uw tandarts, chirurg, of andere arts voor een ingreep.

Andere medicatie

Naam:	Dosis:

Informatie voor noodgeval

Standaard testen zijn niet kwantitatief voor ontstollingsgraad!

Naam en telefoon van verwant van patiënt, te contacteren zo nodig:

Patiënt bloedgroep (+ handtekening arts):

Voorkamerfibrillatie Ontstollingskaart

voor niet-vitamine-K ontstollingsmiddelen (NOAC)

Patiënt naam:

Geboortedatum:

Patiënt adres:

Anticoagulans, dosis, tijdstip, met of zonder voedsel:

Behandelingsindicatie:

Start van de ontstollingsbehandeling:

Naam en adres van arts die NOAC behandeling coördineert:

Telefoonnummer van de coördinerende arts of ziekenhuis:



Meer informatie:
www.NOACforAF.eu
www.noacforaf.eu

(On)geplande controles

[illegible]

Aanbevolen follow-up

(zie EHRA op www.NOACforAF.eu voor informatie en praktisch advies)

Bij elke controle:

- 1. Compliance (pt. brengt overblijvende pillen mee)**
- 2. Thrombo-embolische voorvallen?**
- 3. Bloedingen?**
- 4. Andere neveneffecten?**
- 5. Nieuwe andere medicatie (voorschrift of zelf)?**

Bloedname:

- **opvolging van anticoagulatie-niveau is niet nodig!**
- **jaarlijks:** Hb, nier- en leverfunctie
- **zo CrCl 30-60 ml/min, >75 jaar, of kwetsbaar:**
6-maandelijks: nierfunctie
- **zo CrCl 15-30 ml/min:**
3-maandelijks: nierfunctie
- **zo intercurrente aandoening met mogelijke impact:**
nieuwe nier- en/of leverfunctie

[illegible]

Patienten educatie ?

