

MELDINGSFORMULIER INTERACTIE MET CUMARINES

Datum melding:

Gegevens patiënt

Geboortedatum:

Geslacht:

Gewicht:

lengte:

Medische voorgeschiedenis:

Indicatie cumarinegebruik:

Streefwaarde:

Gebruikte medicatie

Acenocoumarol / fenprocoumon (Marcoumar)

Verdachte medicatie:

Dosering – indicatie – toedieningsweg verdachte medicatie:

Startdatum verdachte medicatie:

Stopdatum verdachte medicatie:

Eventueel andere medicatie:

Opgetreden bloedings- en trombotische complicaties t.g.v. interactie:

Wijziging INR (3 metingen voor start, gedurende en 3 metingen na stoppen)

Datum	INR	Dosering		Datum	INR	Dosering

Actie Trombosedienst:

Naam melder:

Mail dit formulier naar interacties@fnt.nl of stuur deze op bij voorkeur met toevoeging van een geanonimiseerde uitdraai van het dossier naar

Federatie van Nederlandse Trombosediensten, Rijnsburgerweg 10, 2333 AA Leiden