

Zorgtraject Chronische Nierinsufficiëntie

Verwijsbrief van huisarts naar nefroloog

Datum: .....

*Van:*

Huisarts: .....

Adres:.....

.....

Telefoon: .....

GSM: .....

RIZIV-nr.: .....

*Aan:*

Nefroloog:.....

Adres:.....

.....

Telefoon: .....

GSM: .....

*Betreft:*

Patiënt: .....

Rijksregisternummer: .....

Adres:.....

.....

Telefoon:.....

GSM: .....

Verzekeringsinstelling (VI): .....

*Zorgteam:*

Diëtist: .....

Andere: .....

1. REDEN VAN VERWIJZING

.....  
.....  
.....

2. ADMINISTRATIEF

Diagnose chronische nierinsufficiëntie sinds: ...../...../.....

Datum start zorgtraject chronische nierinsufficiëntie: ...../...../.....

Patiënt heeft een zorgtraject diabetes type 2:

Nee

Ja

Patiënt heeft een programma educatie en zelfzorg diabetes type 2 (buiten het zorgtraject):

Nee

Ja

3. ANTECEDENTEN

.....  
.....  
.....  
.....

4. ALLERGIEËN EN INTOLERANTIES

Allergieën:

.....  
.....

Intoleranties:

.....  
.....

5. STADIUM NIERFALEN

- Stadium 3b: matige daling (eGFR 30-45 ml/min)
- Stadium 4: ernstige daling (eGFR 15-29 ml/min)
- Stadium 5: terminaal nierfalen (eGFR < 15ml/min)

6. KLINISCH ONDERZOEK

ANTROPOMETRIE:

Gewicht: ..... kg

Datum: ...../...../.....

Lengte: ..... m

Datum: ...../...../.....

BMI: ..... kg/m<sup>2</sup>

Datum: ...../...../.....

Buikomtrek: ..... cm

Datum: ...../...../.....

BLOEDDRUK:

...../.....

Datum: ...../...../.....

7. LEVENSTIJL

Voeding:

Aantal stukken fruit per dag: .....

Aantal porties groenten per dag: .....

.....  
.....

Alcohol:

Aantal dagen alcohol per week: .....

Aantal eenheden alcohol per dag dat er gedronken wordt: .....

Lichaamsbeweging:

- Onmogelijk
- Onvoldoende
- Voldoende
- Recreatiesport
- Competitiesport

.....  
.....

Rookstatus:

- Roker
- Nooit gerookt
- Ex-roker: gestopt met roken sinds: ...../...../.....

8. MEDICATIEGEBRUIK

Naam medicatie	Dosis/dag	Tijdstip			
		's morgens	's middags	's avonds	voor slapen

.....  
 .....  
 .....  
 .....

9. LABORESULTATEN

*(2 labo's met minimum 3 maanden tussen)  
 (of kopie van labo's in bijlage)*

LABO	Waarde 1	Datum 1	Waarde 2	Datum 2
HbA1c:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Hemoglobine:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Hematocriet:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
MCV:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Totaal cholesterol:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
LDL cholesterol:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
HDL cholesterol:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Triglyceriden:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
PTH:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
25OHVitamineD3:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Calcium:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Fosfor:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> :	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Natrium:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Kalium:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Chloor:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Magnesium:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Serum creatinine:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
eGFR (MDRD formule):	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Nuchtere glycemie:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
URINE	Waarde 1	Datum 1	Waarde 2	Datum 2
Ureum:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Proteïnurie:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Microalbuminurie:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Albumine/creatinine:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Microalbumine/creatinine:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....

10. VACCINATIESTATUS

Griep

Datum: ...../...../.....

Pneumokokken

Datum: ...../...../.....

Hepatitis B

Datum: ...../...../.....

11. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

.....  
.....

Met vriendelijke groet,

Dr. ....

Stempel + handtekening huisarts

