

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:
Diabeteseducator:
Diëtist:
Podoloog:
Oftalmoloog:
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

Werd er voor de patiënt een SumEHR opgesteld? JA / NEE

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/m²

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

Buikomtrek: cm

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

BLOEDDRUK:

...../.....

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

7. LEVENSSTIJL (voeding, alcohol, lichaamsbeweging, rookstatus, ...)

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

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 ₃ ⁻ :/...../...../...../.....
Natrium:/...../...../...../.....
Kalium:/...../...../...../.....
Chloor:/...../...../...../.....
Magnesium:/...../...../...../.....
Serum creatinine:/...../...../...../.....
eGFR (MDRD formule):/...../...../...../.....
Nuchtere glycemie:/...../...../...../.....
<hr/>				
URINE	Waarde 1	Datum 1	Waarde 2	Datum 2
Ureum:/...../...../...../.....
Protëinurie:/...../...../...../.....
Microalbuminurie:/...../...../...../.....
Albumine/creatinine:/...../...../...../.....
Microalbumine/creatinine:/...../...../...../.....

10. VACCINATIESTATUS

Griep Datum:/...../.....
 Pneumokokken Datum:/...../.....
 Hepatitis B Datum:/...../.....

11. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

.....

Met vriendelijke groet,

Dr.

Stempel + handtekening huisarts

