

Aanmelden als verwijzer

Gegevens verwijzer

Naam van de verwijzer*

E-mailadres van de verwijzer*

Instelling / Ziekenhuis, anders...*

Gegevens longarts

Naam van de longarts*

E-mailadres van de longarts*

Gegevens patiënt

Aanhef*

Dhr. Mevr.

Naam*

Geboortedatum

BSN*

Telefoonnummer*

Emailadres*

Wilt u voor deze patiënt doelen vanuit het ziekenhuis meesturen? (Zo niet, dan leeg laten)

Gaat verder op de volgende bladzijde >

Alle velden met * zijn verplicht om in te vullen

Aanmelden als verwijzer

Wilt u voor deze patiënt doelen vanuit het ziekenhuis meesturen? (Zo niet, dan leeg laten)

Heeft deze patiënt een longverpleegkundige? (Zo niet, dan leeg laten)

Naam van de longverpleegkundige

E-mailadres van de longverpleegkundige

Verwijsindicatie

1. Wilt u in het kort de reden van verwijzing beschrijven:

2. Wilt u beschrijven op basis waarvan de diagnose astma is gesteld:

3. Betreft het een patiënt met ernstig astma volgens de definitie van de NVALT richtlijn?*

Gebruikt patiënt hoge dosis ICS > 500 mcg equivalent van fluticasone en LABA?

Ja Nee

4.a Is er sprake van persisterende slechte astma controle? ACQ > 1.5 of ACT < 19

Ja Nee

Gaat verder op de volgende bladzijde >

Alle velden met * zijn verplicht om in te vullen

Aanmelden als verwijzer

4.b Wat is de ACQ score?

4c. Heeft de patiënt meer dan 2 exacerbaties per jaar, waarvoor OCS?

Ja Nee

4d. Is er noodzaak tot onderhoudsbehandeling met OCS > 6 maanden per jaar?

Ja Nee

4e. Zijn er ziekenhuisopnames geweest afgelopen jaar? Zo ja hoeveel?

Ja Nee

Aantal ziekenhuisopnames

5a. Is daarbij tevens aandacht besteed aan de volgende voorwaarden:

Ja Nee

5b. Is de inhalatietechniek geoptimaliseerd?

Ja Nee

5c. Is de therapietrouw geoptimaliseerd?

Ja Nee

5d. Is de blootstelling aan exogene prikkels geminimaliseerd?

Ja Nee

5e. Is eventueel aanwezige comorbiditeit maximaal behandeld?

Ja Nee

5f. Is patiënt niet-roker of ≥ 6 maanden ex-roker?

Ja Nee

5g. Wordt patiënt gedurende tenminste 6 maanden behandeld door longarts en longverpleegkundige?

Ja Nee

6. Heeft patiënt deelgenomen aan (poli) klinische longrevalidatie op zeeniveau?

Ja Nee

6a. Waar bestond die uit?

Gaat verder op de volgende bladzijde >

Alle velden met * zijn verplicht om in te vullen

7. Wilt u in het kort relevante comorbiditeit beschrijven?

8. Bij het inleveren van deze documenten vragen wij u om ook uw medische documenten aan te leveren.

Telefonische toelichting

Als u vragen heeft omtrent de verwijzing staan de longartsen Rolf Wolters, David Prins en Marieke Drijver u graag telefonisch te woord, + 41 58 51 14 800, of per mail r.wolters@nadavos.nl, d.prins@nadavos.nl of m.drijver@nadavos.nl.

9. Extra controle*

- Genoemde patiënt heeft toestemming gegeven om bovenstaande gegevens naar het Nederlands Astmacentrum Davos te sturen en heeft indien van toepassing toestemming gegeven tot inzage van het dossier van een eerdere opname in het Nederlands Astmacentrum Davos*