

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):
Inschrijvingsnr. VI:

Zorgteam:
Diëtist:
Andere:

1. REDEN VAN VERWIJZING

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

2. VOORGESCHIEDENIS

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

Allergieën / intoleranties:

.....
.....

Andere voorgeschiedenis:

.....
.....

3. 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)

7. 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:/...../...../...../.....

BEELDVORMING (in bijlage)

Nier

8. VACCINATIESTATUS

Griep Datum:/...../.....
 Pneumococcen Datum:/...../.....
 Hepatitis Datum:/...../.....

9. AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

.....

10. BIJLAGEN

- Zorgtrajectcontract
- Persoonlijk opvolgingsplan
- Uitlezing glucometer
- Voorgeschiedenis klinisch onderzoek
- Voorgeschiedenis medicatie
- Voorgeschiedenis labo
- Beeldvorming
- Aanvullende onderzoeken
- Andere

Met vriendelijke groet,

Dr.

Stempel + handtekening huisarts