

**Ingrepenformulier INR Trombosedienst**  
voor ingrepen door niet-medici en tandartsen

**Patiëntgegevens:**

Naam : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_

**1. Ingreep**

Aard van de ingreep: \_\_\_\_\_

Datum+tijd: \_\_\_\_\_

**2. Gewenste INR tijdens de ingreep**

- ACTA-protocol, INR <3,5 (bij tandheelkundige ingrepen)
- INR therapeutisch (=doorgaan met acenocoumarol/fenprocoumon)
- INR 2,0-2,5
- INR <1,5

**3. Eventuele opmerkingen van behandelaar**

\_\_\_\_\_

**4. Ondertekening**

Datum: \_\_\_\_\_

Naam aanvrager + professie: \_\_\_\_\_

Handtekening:

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_