

Zorgtraject Chronische Nierinsufficiëntie

Verwijsbrief van huisarts naar nefroloog

Datum: .....

Van:
Huisarts: .....
Adres:.....
.....
Telefoon: .....

Aan:
Nefroloog:.....
Adres:.....
.....
Telefoon: .....

Betreft:
Patiënt: .....
Geboortedatum: .....
Adres:.....
.....
Telefoon:.....

Kleefbriefje mutualiteit

Empty rectangular box for mutualitéit sticker.

1. REDEN VAN VERWIJZING

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

2. VOORGESCHIEDENIS

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

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

3. RENALE DIAGNOSE

- Diabetes type 1
Diabetes type 2 met of zonder biopsie
Vasculair zonder diabetes
Glomerulopathie met of zonder biopsie
Autosomaal dominante polycystische nefropathie
Andere, nl. ....
Onbekend

4. 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)
En/of
Proteinurie > 1g/24u

5. ANTROPOMETRIE

Gewicht: ..... kg

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

Lengte: ..... m

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

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

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

Buikomtrek: ..... cm

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

6. BLOEDDRUK / EKG

Bloeddruk: ...../.....

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

EKG:

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

.....  
.....

7. LEVENSTIJL

Voeding:

.....  
.....

Alcohol: ..... eenheden/week

Lichaamsbeweging:

- Onmogelijk
- < 30 min/dag
- ≥ 30 min/dag

.....  
.....

Rookstatus:

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

8. MEDICATIEGEBRUIK

Naam medicatie	Dosis

9. LABORESLTATEN

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

Parameter	Waarde 1	Datum 1	Waarde 2	Datum 2
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):	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Ureum:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Protëinurie:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Microalbuminurie:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Albumine/creatinine:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Microalbumine/creatinine:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
HbA1c:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
Nuchtere glycemie:	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....

10. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN

.....  
 .....

Met vriendelijke groet,

Dr. ....

Stempel + handtekening huisarts