

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 <sub>3</sub> <sup>-</sup> :	.....	...../...../.....	.....	...../...../.....
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