|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zorgtraject Chronische Nierinsufficiëntie - Verwijsbrief huisarts naar nefroloog** | | |
|  | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Huisarts** | **Nefroloog** | | Adres  Telefoon | Adres  Telefoon | | **Patiënt** | Kleefbriefje mutualiteit | | Geboortedatum  Adres  Telefoon | | |
| 1. **REDEN(EN) VAN VERWIJZING**  * Start zorgtraject -> contract in bijlage * Advies voor therapie ( * Richtlijnen dieetopvolging * Andere: |
| 1. **VOORGESCHIEDENIS**   Diagnose chronische nierinsufficiëntie sinds: ……/……/…….  Datum start zorgtraject: ……/……/……. | | | |
| 1. **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 | | | |
| 1. **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   * Proteïnurie > 1g/24u | | | |
| 1. **ANTROPOMETRIE / BLOEDDRUK**  |  |  | | --- | --- | | Gewicht: ………………… kg  Lengte: …………………. m  BMI: ……………………… kg/m²  Buikomtrek:…………..cm Bloeddruk: ……../……….. | Datum: ……/……/………  Datum: ……/……/………  Datum: ……/……/………  Datum: ……/……/………  Datum: ……/……/……… | | | | |
| 1. **LEVENSSTIJL**   Voeding:  Alchoholgebruik:  Lichaamsbeweging:   * Onmogelijk * < 30 min/dag * ≥ 30 min/dag   Rookstatus:   * Roker * Nooit gerookt * Ex-roker: gestopt met roken sinds: ……/……/……… | | | |
| 1. **MEDICATIEGEBRUIK**   Huidig gebruik medicatie   |  |  | | --- | --- | | Naam medicatie | Dosis | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   Voorgeschiedenis medicatiegebruik   |  |  | | --- | --- | | Naam medicatie | Dosis | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | | |
| 1. **LABORESULTATEN (steeds duplicaat aanvragen voor nefroloog)**   *(2 labo’s met minimum 3 maanden tussen)*  *(of kopie van labo’s in bijlage)*   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Parameter | | Waarde 1 | | Datum 1 | Waarde 2 | | Datum 2 | | Bezinkingssnelheid Hemoglobine:  Erythro’s + Hct:  Leukocyten Trombocyten:  Ijzer  Ijzersaturatie:  Transferrine:  Ferritine:  Glucose (nuchter):  HbA1c:  Microalbuminurie: Totaal cholesterol:  HDL-cholesterol:  LDL cholesterol:  Triglyceriden:  LDH:  Ureum:  Creatinine:  Creatinineklaring:  Totaal eiwit:  Eiwitelectroforese:  Natrium:  Kalium:  Chloor:  Calcium:  Fosfor:  Magnesium:  Alkalireserve:  CRP:  Urinezuur:  PSA (>=50jaar):  PTH:  25-OHVitamineD3:  HCO3-: | | ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  …………….  …………….  …………….  …………….  ……………  ……………  ……………  ……………  ……………  ……………  ……………  …………… | | ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/……… | ………………  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  ……………..  …………….. | | ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/………  ……/……/……… | |  | |  | | | | | | |
| 1. **URINESTAAL**   Dipstick  Proteinurie  Natrium Creatinine  Urinesediment + urinekultuur   1. **ECHO NIEREN (in bijlage)** 2. **RX thorax voor cardiaal belast Patiënten (in bijlage)** 3. **SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN / OPMERKINGEN** | | | |
| |  | | --- | | Stempel + handtekening huisarts |   Met vriendelijke groet, | | | |