

## Thrombose-im-Zentrum - INFORMATIONSBLATT -

Sehr geehrter, lieber Patient des Thrombosedienstes.  
Ihnen wird eine besondere Unterstützung angeboten

### Worum geht es ?

Ihr Arzt hat bei Ihnen entweder eine Störung der Blutgerinnung festgestellt oder Ihr Blut muss aus bestimmten Gründen (z.B. künstliche Herzklappe) verdünnt werden. Beide Situationen machen eine Behandlung mit einem Medikament zur Gerinnungshemmung (Antikoagulation) notwendig.

### Warum ist die richtige Einstellung so wichtig?

Die richtige Einstellung mit gerinnungshemmenden Medikamenten (*Marcumar*<sup>®</sup> oder anderen Cumarinderivaten bzw. Vitamin K-Antagonisten, Heparine) kann die Gerinnungsneigung auf der einen Seite so herabsetzen, dass kein Thrombus bzw. Embolie auftritt, und auf der anderen Seite aber das Blut, insbesondere bei Verletzungen, noch gerinnt.

### Thrombose im Zentrum

Während einer oralen **Antikoagulation müssen die Blutwerte regelmäßig kontrolliert werden**. Um hier eine jederzeit optimale Einstellung zu erreichen, ist eine gute Kommunikation zwischen Ihnen als informiertem Patient und dem Thrombosedienst wichtig. Hierzu bietet Ihnen der Thrombosedienst einen neuen Service: Mit einem speziellen Kugelschreiber und dem beiliegendem Mobiltelefon werden Ihre Werte, die Sie in das Formular eintragen, aufgenommen und an den Thrombosedienst zur ständigen Beobachtung gesendet. Das bringt Ihnen viel Sicherheit und Lebensqualität!

**Füllen Sie bitte das beiliegende Formular mit dem speziellen Kugelschreiber (EasyPen) aus:**

Tragen Sie bitte als Erstes Ihren Namen, Ihre Patientennummer und Ihr Geburtsdatum ein.

Patientenname:	<u>          Peter Müller          </u>	Zielbereich:	2,0 - 3,0
Patientennr.:	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	Eingang-INR-Wert:	2,5
Geburtsdatum:	12.03.48	Datum:	20.05.10

Die **Patientennummer** erhalten Sie von Ihrem Thrombosedienst. Auf der rechten Seite tragen Sie unter **Eingang-INR Wert** den Wert ein den Sie mit dem Gerinnungsmonitor ermittelt haben. Unter Datum tragen Sie das Datum ein, an dem Sie den Wert gemessen haben. Ihren **individuellen Zielbereich** erhalten Sie vom Thrombosedienst. Wie häufig Sie Ihren INR Wert messen müssen und die Einnahme der Tabletten steht in Ihren individuellen Dosierbrief, den Sie vom Thrombosedienst erhalten.

1. Tragen Sie bitte zunächst ein, ob Sie die **Dosieranweisung** (die Anzahl der Tabletten die Sie pro Tag nehmen müssen) an einem oder mehreren Tage geändert haben. Dies ist eine wichtige Information für ihren Arzt, damit er den neuen Dosierplan für Sie erstellen kann.

Vom vorgegebenen Dosierschema abweichende Einnahmen:				
Datum	TT.MM	TT.MM	TT.MM	TT.MM
Tabletten pro Tag				

Beispiel: Tragen Sie nichts ein wenn Sie **keine Änderungen** vorgenommen haben und sich an den Angaben im Dosierbrief gehalten haben.

2. Falls Sie **neue Medikamente** nehmen tragen Sie diese bitte ein und geben Sie auch die Dosis, den Zeitraum in dem Sie das Medikament nehmen müssen und die genaue Einnahme an.

Änderung der Medikation:			
Präparat (Handelsname)	Dosis pro Tbl.	Zeitraum der Einnahme (von/bis)	Einnahme
	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/>
	<input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	morgens <input type="checkbox"/> mittags <input type="checkbox"/> abends <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/>

3. **Urlaub:** Wenn Sie einen Urlaub planen können Sie dies dem Thrombosedienst ebenfalls mitteilen. Die Mitarbeiter berücksichtigen dies beim Dosierbrief.

Unten ist ein Beispiel abgebildet für einen Urlaub vom 20.07 bis zum 10.08 in Spanien.

Planung Urlaub (von/bis):	
<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	Reiseziel (Land): <input type="text"/> <i>Spanien</i>

Sollte ein Urlaub in den nächsten zwei Monaten nicht anstehen müssen Sie nichts eintragen.

4. Planung eines **Besuches beim Zahnarzt** oder eines **chirurgischen Eingriffs**. Der Thrombosedienst leistet auch Unterstützung bei chirurgischen Eingriffen und zahnärztlichen Behandlungen. In der Abbildung unten sehen Sie ein Beispiel für einen geplanten Zahnarztbesuch am 12.06.2010.

Planung Untersuchung / Eingriff / Operation:			
<input type="checkbox"/> stationäre Aufnahme	<input checked="" type="checkbox"/> Zahnarzt	<input type="checkbox"/> Facharzt / Hausarzt	<input type="checkbox"/> Injektion
Datum Untersuchung / Eingriff / OP:	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>		
Art / Zweck:	<input type="text"/>		
Anweisung des Arztes:	<input type="text"/>		
Komplikationen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja,	

5. Veränderung des **körperlichen Befindens**: Sollte Sie z. B. „Fieber“ haben können Sie dies im Formular eintragen. Tragen Sie zunächst „ja“ ein und dann die Veränderung und wann diese Aufgetreten ist. Im untenstehenden Beispiel ist das Fieber am 20.05 aufgetreten und hält weiter an.

Veränderung des körperlichen Befindens:			
<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja (bitte spezifizieren)		
<input checked="" type="checkbox"/> Fieber	aufgetreten (von/bis)	20.05 - TT.MM	<input checked="" type="checkbox"/> anhaltend
<input type="checkbox"/> Durchfall	aufgetreten (von/bis)	TT.MM - TT.MM	<input type="checkbox"/> anhaltend
<input type="checkbox"/> Erbrechen	aufgetreten (von/bis)	TT.MM - TT.MM	<input type="checkbox"/> anhaltend
<input type="checkbox"/> Übelkeit	aufgetreten (von/bis)	TT.MM - TT.MM	<input type="checkbox"/> anhaltend
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	aufgetreten (von/bis)	TT.MM - TT.MM	<input type="checkbox"/> anhaltend
<input type="checkbox"/> Neu aufgetretene Erkrankungen: _____	aufgetreten (von/bis)	TT.MM - TT.MM	<input type="checkbox"/> anhaltend

6. **Weitere Merkmale**: Im unteren Beispielformular wird eine Hämatom welches spontan aufgetreten ist und eine Größe von etwa 5-10 cm hat und am 20.05 festgestellt wurde eingetragen. Da dies noch nicht zurückgegangen ist wurde kein weiteres Datum eingetragen. Ein **Hämatom** wird auch **Bluterguss** oder **blauer Fleck genannt**. Im Formular reicht es wenn Sie nur den ersten Buchstaben „H“ für Hämatom (oder „B“ für Blutung) eintragen.

Sichtbare Blutungen / Hämatome:			
<input type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Ja (bitte spezifizieren)		
Blutung/Hämatom	Aufgetreten (von/bis)	H 20.05 - TT.MM	<input checked="" type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> traumatisch
Größe:	<input type="checkbox"/> < 5 cm	<input checked="" type="checkbox"/> 5 - 10 cm	<input type="checkbox"/> > 10 cm
		TT.MM - TT.MM	<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> traumatisch
Größe:	<input type="checkbox"/> < 5 cm	<input type="checkbox"/> 5 - 10 cm	<input type="checkbox"/> > 10 cm
<input type="checkbox"/> Blut im Urin	<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/> schwarzer Stuhlgang	
<input checked="" type="checkbox"/> Nasenbluten	Frequenz:	2 mal pro Tag - Woche - Monat (zutreffendes bitte unterstreichen)	
<input type="checkbox"/> Schwellung Gelenk	aufgetreten (von/bis)	TT.MM - TT.MM	
<input type="checkbox"/> Schwellung Arm	aufgetreten (von/bis)	TT.MM - TT.MM	
<input type="checkbox"/> Schwellung Bein	aufgetreten (von/bis)	TT.MM - TT.MM	

S: Schwellung      B: Blutung

Zusätzlich wurde im Formular noch angegeben das der Patient ca. 2 x pro Tag **Nasenbluten** hat.

7. **Besonderheiten.** In dem Feld „**Besonderheiten**“ können Sie alles das eintragen, was Sie dem Thrombosedienst mitteilen möchten. Unten sehen Sie einige Beispiele:

A) Wenn Sie keine Teststreifen mehr haben um mit dem Gerinnungsmonitor Ihren INR - Wert zu messen.

Besonderheiten:
Ich habe keine Teststreifen mehr

B) Bei technischen Problemen.

Besonderheiten:
Mein Stift funktioniert nicht

C) Wenn Sie einen Telefonkontakt vereinbaren möchten.

Besonderheiten:
Bitte rufen Sie mich am Montag um 10:00 Uhr an.

8. **Absenden.** Am Ende des Formulars müssen Sie nur noch mit dem Stift einen **Haken setzen**. Danach werden alle Informationen über das Mobiltelefon direkt an den Thrombosedienst übermittelt. Bitte stellen Sie sicher, dass das Mobiletelefon aufgeladen und eingeschaltet ist.



Senden

Falls Sie sich verschrieben haben, senden Sie das Formular bitte nicht ab. Nehmen Sie einfach ein neues Formular!

Falls unerwartete Veränderungen Ihrer persönlichen Situation eintreffen, oder wenn Sie **medizinische Fragen** haben stehen Ihnen die Mitarbeiter des Thrombosedienstes Montags bis Freitag von 10:00 bis 12:00 zur Verfügung (Telefon: 06131-17 3377) um Ihre Fragen zu beantworten.

Falls Sie einmal ein **technisches Problem** mit ihrem „EasyPen“ haben oder allgemeine Fragen zum Umgang mit dem System haben (z.B. wenn Sie nicht ganz sicher sind ob Sie alles richtig gemacht haben) erreichen Sie das Service Center unter 01805 – 252 543 (0,23 € je Anruf aus dem Netz der Deutschen Telekom, mobil höher). Hier helfen Ihnen besonders geschulte Mitarbeiter bei Ihren Fragen weiter.