



Ziekenhuisapotheek

Definitief

Formulier distributie

Doc. nr	0012148
Versie	6
Pagina	1 van 1

Contra-indicaties en allergieën

Naam		Geboortedatum	
Instelling		Afdeling	

Contra indicaties:

De volgende ziektebeelden zijn van belang om te melden bij de apotheek in verband met (relatieve) contra-indicaties voor bepaalde geneesmiddelen. Indien een ziektebeeld niet in de onderstaande lijst staat, is het ziektebeeld niet relevant voor de medicatiebewaking.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angio-oedeem
<input type="checkbox"/> Astma
<input type="checkbox"/> Bariatrische chirurgie
<input type="checkbox"/> Borstkanker
<input type="checkbox"/> Borstvoeding
<input type="checkbox"/> Brugada-syndroom
<input type="checkbox"/> COMT (Met/Met – Val/Met – Val/Val wild type *)
<input type="checkbox"/> Contactlenzen
<input type="checkbox"/> COPD
<input type="checkbox"/> CVA (hersenvloeding – herseninfarct/TIA *)
<input type="checkbox"/> Depressie
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Dialyse (Hemodialyse – Peritoneaaldialyse *)
<input type="checkbox"/> DPD genactiviteitsscore **
<input type="checkbox"/> Endometriose
<input type="checkbox"/> Endometriumcarcinoom
<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Extrapiramidale stoornis (excl. Parkinson)
<input type="checkbox"/> Factor V Leiden (Heterozygoot – Homozygoot – Afwezig *)
<input type="checkbox"/> Familiaire hyperlipidemie
<input type="checkbox"/> Fenyketonurie
<input type="checkbox"/> Feochromocytoom
<input type="checkbox"/> G6PD-deficiëntie
<input type="checkbox"/> Genotypering **
<input type="checkbox"/> Glaucoom
<input type="checkbox"/> Hartfalen
<input type="checkbox"/> Harttransplantatie
<input type="checkbox"/> Hypertensie
<input type="checkbox"/> Inflammatoire darmziekten
<input type="checkbox"/> Ischemische hartziekten
<input type="checkbox"/> Jicht
<input type="checkbox"/> Kinderwens (Man – vrouw *)
<input type="checkbox"/> Kunsthartklep
<input type="checkbox"/> Lang-QT-intervalsyndroom
<input type="checkbox"/> Levercirrose
<input type="checkbox"/> Levertransplantatie | <input type="checkbox"/> Longtransplantatie
<input type="checkbox"/> Maligne hyperthermie
<input type="checkbox"/> Mastocytose / Mestcelactivatiesyndroom
<input type="checkbox"/> Mitochondriële ziekten
<input type="checkbox"/> Morbide obesitas
<input type="checkbox"/> MTHFR (677CC wild type – 677CT – 677TT *)
<input type="checkbox"/> Myasthenie
<input type="checkbox"/> Niertransplantatie
<input type="checkbox"/> Open trommelvlies / oorbuisjes
<input type="checkbox"/> Perifeer arterieel vaatlijden (excl. Raynaud)
<input type="checkbox"/> Porfyrie
<input type="checkbox"/> Pseudocholinesterasedeficiëntie
<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Pulmonale hypertensie
<input type="checkbox"/> Raynaudfenomeen
<input type="checkbox"/> Refluxziekte
<input type="checkbox"/> Schildklierfunctiestoornis
<input type="checkbox"/> Schizofrenie / Psychotische stoornis
<input type="checkbox"/> Sikkelcelziekte
<input type="checkbox"/> Slaapapneu
<input type="checkbox"/> SLCO1B1 (521CC – 521TC – 521TT wild type *)
<input type="checkbox"/> Slokdarmstenose
<input type="checkbox"/> Sportbeoefening
<input type="checkbox"/> Stollingsstoornis (verhoogde bloedingsneiging)
<input type="checkbox"/> Stoma
<input type="checkbox"/> Syndroom van Sjögren
<input type="checkbox"/> TPMT (extensive – intermediate – poor *) metabolizer
<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Ulcus pepticum (actueel of in anamneses)
<input type="checkbox"/> Urineretentie
<input type="checkbox"/> Veneuze trombo-embolische ziekte
<input type="checkbox"/> Verkeersdeelname
<input type="checkbox"/> Verminderde nierfunctie (nierfunctie =)
<input type="checkbox"/> Wolff-Parkinson-White-syndroom
<input type="checkbox"/> Ziekte van Parkinson
<input type="checkbox"/> Zwangerschap |
|--|--|

Allergieën/intoleranties:

Patiënt heeft sonde JA NEE bij JA: Patiënt krijgt medicatie via de sonde JA NEE

Patiënt heeft een slikstoornis JA NEE

(Medewerker WZA: Bij JA sonde / slikstoornis ook toevoegen bij kenmerken/ziektebeelden)

Datum	
Naam arts	
Handtekening	

Dit formulier svp per mail (apo@wza.nl) of per fax (0592-325644) versturen naar de ziekenhuisapotheek van het WZA

* Streep door wat niet van toepassing is

** Vul het genotype in op de stippellijn