

Handleiding

Plusmodule Atriumfibrilleren



Auteurs:
Anja van Kempen
Mieke Wijnen

© augustus 2018 THOOZ
Uitgegeven in eigen beheer

Sabina Klinkhamerweg 21
7555 SK Hengelo

Tel 074 – 256 87 98
Fax 074 – 760 03 43

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Revisies

Versie	Datum	Door (initialen)
1.0	20-08-2018	MW
1.1	21-08-2018	AK
1.2	23-08-2018	JdB
1.3	11-10-2018	KdB

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE	3
1. INLEIDING	4
2. VOORBEREIDING OP AF ZORG	5
2.1 Tijdinvestering	5
2.2 Stappenplan voor de deelnemende praktijk	5
2.3 Werkafspraken	6
3. IN- EN EXCLUSIECRITERIA	6
3.1 Inclusiecriteria plusmodule AF	6
3.2 Exclusiecriteria	6
4. MEETWAARDEN	7
5. DOSSIERONDERZOEK	8
5.1 Samenvatting dossieronderzoek	8
5.2 Uitvoering dossieronderzoek	9
BIJLAGE 1: ACHTERGRONDINFORMATIE DOSSIERONDERZOEK	11
BIJLAGE 2: INDICATIE ANTI-TROMBOTISCHE THERAPIE	13
BIJLAGE 3: AANMELDFORMULIER PLUS-MODULE	14
BIJLAGE 4: REGISTRATIE EXCEL	15

1. INLEIDING

Atriumfibrilleren (AF) moet gezien worden als een onderdeel van het spectrum van cardiovasculaire morbiditeit (zie ook de NHG standaard M79). De behandeling van een geselecteerd deel van patiënten met AF sluit goed aan bij de zorgprogramma's diabetes mellitus (DM) en de primaire en secundaire preventie van cardiovasculaire aandoeningen (CVRM) in de eerste lijn. Aangezien 90% van de patiënten met AF gezien wordt in de huisartsenpraktijk wegens DM of CVRM, is een plusmodule AF toegevoegd aan de bestaande protocollen in KOS om deze zorg goed te implementeren.

THOON wil anticiperen op een te verwachten toename in prevalentie van AF, passend bij een ouder wordende populatie. Daarnaast wil THOON de huisarts ondersteunen en faciliteren om deze zorg op eenvoudige wijze kwalitatief goed te verlenen.

Uitgangspunt is dat de patiënt met AF de juiste zorg ontvangt ter voorkoming van complicaties. De zorg is zo georganiseerd dat deze in de eerstelijns geschiedt waar mogelijk en in de tweedelijns waar noodzakelijk. Verwijzen en terugverwijzen verloopt soepel volgens overeengekomen afspraken, zonder verschil in (behandel)inzicht. De inhoud van deze zorg wordt beschreven in het document "Zorg voor de patiënt met AF in Twente".

Om de zorg gestructureerd en eenvoudig te kunnen leveren gebaseerd op de NHG richtlijn, heeft THOON samenwerkingsafspraken met de tweedelijns gemaakt. Ook heeft zij het keteninformatiesysteem (KOS) laten aanpassen voor eenduidige registratie en voert THOON gesprekken met de zorgverzekeraar over passende vergoeding.

Deze handleiding ondersteunt bij de voorbereiding op de plusmodule AF en beschrijft:

- stappen ter voorbereiding op de AF zorg;
- aanwijzingen voor werkafspraken in de praktijk;
- handleiding dossieronderzoek;
- achtergrond voor het uitvoeren van het dossier onderzoek.

2. VOORBEREIDING OP AF ZORG

2.1 Tijdinvestering

Om te kunnen bepalen welke patiënten in aanmerking komen voor de plusmodule AF van THOON, is het noodzakelijk om dossieronderzoek te verrichten. Hiervoor is kennis omtrent AF noodzakelijk. Een normpraktijk heeft gemiddeld 56 patiënten met AF. De verwachting is dat hiervan 24 patiënten in de eerste lijn gecontroleerd kunnen worden.

Verwachte tijdsinvestering per normpraktijk

Voorbereiding:

- 56 patiënten: dossieronderzoek vijftien minuten per dossier (POH) + vijf minuten nabespreking (HA+POH);
- Overleg met tweede lijn en met patiënt over overname AF-zorg van cardioloog.

Totaal 24 uur

Reguliere zorg:

- 24 patiënten: tien minuten extra per jaar controle plus tien minuten overlegtijd.

Totaal acht uur per jaar

2.2 Stappenplan voor de deelnemende praktijk

	Omschrijving actie	Doel	Uitgevoerd door
1	Aanmelden van praktijk bij THOON voor deelname.	Overzicht van deelnemende praktijken.	HA POH
2	Kennis nemen van de documenten "Zorg voor de AF patiënt in Twente" "Handleiding plusmodule atriumfibrilleren THOON" NHG standaard M79 Atriumfibrilleren	Het deskundig implementeren van de plusmodule AF in de dagelijkse praktijk.	HA POH
3	Scholing THOON AF volgen.	Betrokken praktijkmedewerkers zijn op de hoogte van de inhoud, organisatie en registratie van de AF zorg.	HA POH
4	Dossieronderzoek van patiënten met een relevante ICPC/ATC code Uitvoeren.	Identificatie van patiënten met AF.	HA POH
5	Werkafspraken op praktijkniveau vastleggen.	Binnen de praktijk is helder welk traject de geselecteerde patiënten en de patiënten die nieuw gediagnosticeerd worden gaan volgen. Tevens zijn er afspraken gemaakt ten aanzien van taakdelegatie (wie doet wat wanneer en hoe).	HA POH
6	Start AF module gekoppeld aan CVRM/DM spreekuur.	Leveren AF zorg conform NHG standaard.	HA POH

2.3 Werkafspraken

Maak werkafspraken over de volgende items als aanvulling op de werkafspraken DM/CVRM:

- instroom nieuwe patiënten in plusmodule AF, terugverwezen en nieuw gediagnostiseerd (logistiek en registratie);
- tijdsplanning spreekuur;
- registratie in HIS van bevindingen bij het verrichten van dossieronderzoek;
- uitvoering spreekuur (wie doet wat, wanneer en hoe);
- wat te doen bij afwijkende bevindingen;
- hoe voor- en/of nabespreken ;
- ECG diagnostiek: waar, bij welke indicatie, op welk moment;
- wie beoordeelt/wijzigt medicatie, checkt antistolling;
- interpretatie labonderzoek;
- registratie in KOS;
- educatie;
- follow up.

3. IN- EN EXCLUSIECRITERIA

3.1 Inclusiecriteria plusmodule AF

Doelgroep

- Alle bestaande en nieuw gevonden patiënten met de diagnose AF waarvan de huisarts de hoofdbehandelaar is.
- Alle terugverwezen patiënten met AF vanuit de tweede lijn waarvan de huisarts de hoofdbehandelaar wordt.

Voorwaarden:

- De diagnose AF is (in het verleden) gesteld met behulp van een ECG, holterregistratie of eventrecorder.
- In het HIS staat de diagnose vermeld met ICPC code K78.

Dit betreft in het algemeen ongecompliceerde patiënten. Bij AF spreek je over ongecompliceerde patiënten bij:

- eenmalig AF;
- PAF met acceptabele (acceptabel wordt door de patiënt bepaald) aanvalsfrequentie zonder onderhoudsbehandeling met antiaritmica (zie exclusiecriteria);
- PAF met acceptabele aanvalsfrequentie met aanvalsbehandeling (pill in the pocket) door middel van antiaritmica;
- permanent AF.

3.2 Exclusiecriteria

- Patiënten met AF die bijvoorbeeld vanwege comorbiditeit (maligniteit, dementie) niet gecontroleerd (willen) worden volgens de NHG richtlijn atriumfibrilleren.
- AF patiënten waarbij een tweedelijnsindicatie voor AF- zorg is.

Indicaties voor behandeling in de tweede lijn:

- Gebruik antiarrhythmica als onderhoudsmedicatie (dus aanvalsbehandeling met deze middelen is geen exclusie criterium):
 - Flecainide
 - Sotalol
 - Quinidine
 - Amiodarone
 - Disopyramide
 - Procainamide
 - Propafenon

- Niet stabiel ingestelde patiënten:
 - Patiënten met een absolute contra-indicatie voor orale anticoagulantia waarbij gebruik wel aan te bevelen is.
 - Ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentieverlagende middelen.
 - Persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie.
 - Onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door digoxine en bètablokker en (vermoeden van) hartfalen.
 - Onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van twee frequentieverlagende middelen.
 - Paroxismaal atriumfibrilleren, met de wens van de patiënt het aantal aanvallen te verminderen.
- Patiënten met atriumflutter. Attentie: deze aandoening valt ook onder ICPC code K78
- Bijkomende aandoeningen die een indicatie zijn voor behandeling in de tweede lijn (terug te vinden in de brief van de cardioloog):
 - Na implantatie van IED (internal electrical device) (ICD/pacemaker).
 - Matige of ernstige klepafwijkingen.
 - Symptomatisch hartfalen NYHA III of IV of recidiverende exacerbaties.
 - Slechte LV functie zonder symptomen.
 - Potentieel levensbedreigende ventriculaire ritmestoornissen.
 - Sommige gendragers (kanaal dysfuncties, bindweefselaandoeningen, cardiomyopathieën etc.).
 - Na een harttransplantatie.
 - Vrijwel alle congenitale aandoeningen (gecorrigeerd of ongecorrigeerd).
 - Pulmonale hypertensie.

Indien er twijfel bestaat over behandeling in de eerste of tweede lijn kan de huisarts hierover afstemming hebben met de cardioloog.

4. MEETWAARDEN

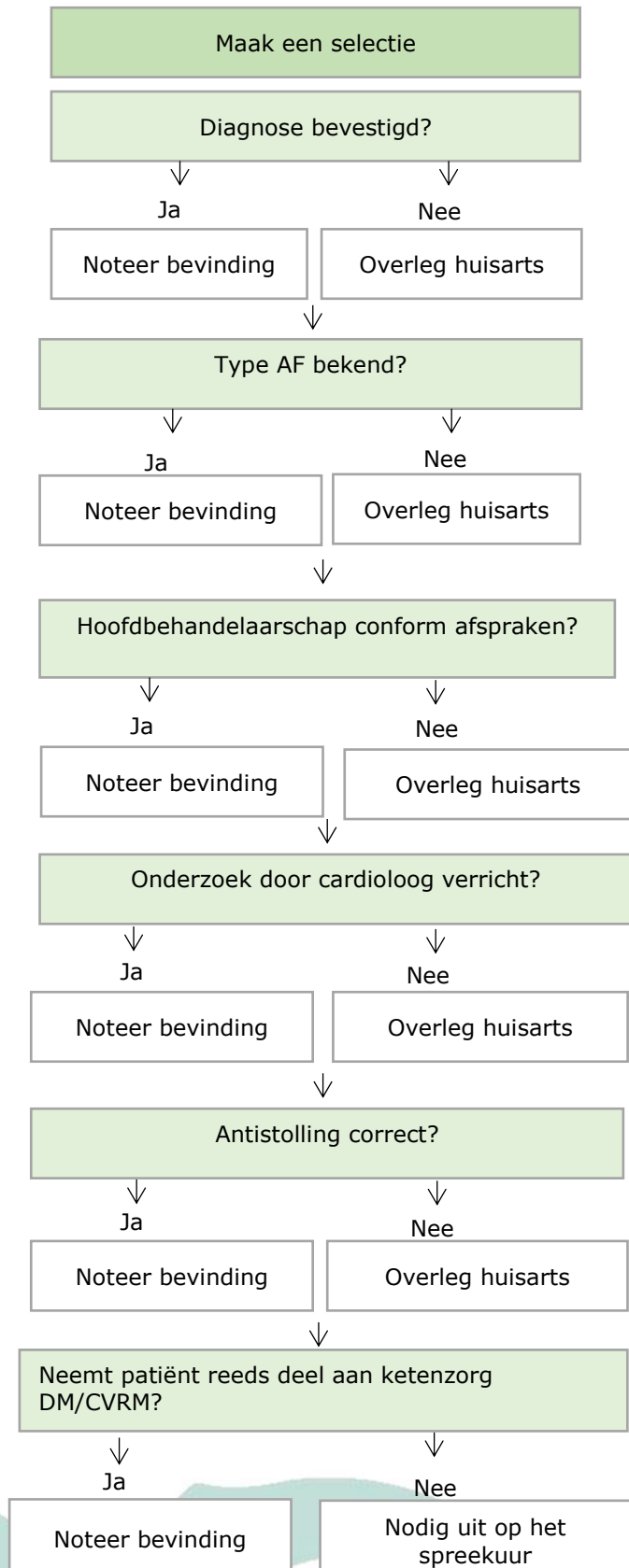
Zie voor de uitwerking hoofdstuk 6.2.

De volgende meetwaarden worden gebruikt bij het dossieronderzoek:

- meetwaarde 3451 AFHB KZ hoofdbehandelaar atriumfibrilleren;
- meetwaarde 3838 AFKZ KZ deelname ketenzorg atriumfibrilleren;
- meetwaarde 3450 AFRZ KZ reden geen deelname ketenzorg;
- meetwaarde 3656 AFTY KH type atriumfibrilleren.

5. DOSSIERONDERZOEK

5.1 Samenvatting dossieronderzoek



5.2 Uitvoering dossieronderzoek

Maak werkafspraken in de praktijk over:

1. Op welke wijze het dossieronderzoek wordt geregistreerd in het HIS.
2. Op welke wijze patiënten worden doorgesproken met de huisarts.

Wij adviseren de bevindingen van alle stappen in een Exceloverzicht te noteren waarvan u een voorbeeld vindt in bijlage 4.

Dit overzicht kan ondersteuning bieden bij het overleg met de huisarts en in de follow-up.

Dossieronderzoek	
Start	Maak een overzicht van de patiënten met AF Selecteer patiënten op basis van: • ICPC code K78 Of • ATC code: - C01BC04 flecainide - C07AA07 sotalol - C01BA01 kinidine - C01BD01 amiodarone - C01BA03 disopyramide - C01BA02 procainamide - C01BC03 propafenon Maak van deze patiënten een Excel bestand
Stap 1	Controleer de diagnose De diagnose AF wordt bevestigd door een ECG, holterregistratie of eventrecorder. Dit kan in de eerste lijn of tweede lijn gebeurd zijn. De diagnose is valide indien óf in de brief van de cardioloog/internist de diagnose AF is genoemd óf in de huisartsenpraktijk AF is vastgesteld. <u>Atriumflutter</u> Patiënten met atriumflutter hebben dezelfde ICPC code. Conform de NHG standaard worden patiënten met atriumflutter door de cardioloog behandeld. U kunt deze patiënten verwijderen van de lijst. <u>Controleer bij de geselecteerde patiënten:</u> 1. Is de diagnose onduidelijk of voldoet deze niet? - Overleg met de huisarts - Zo nodig episode afsluiten of wijzigen en patiënt verwijderen uit Excel bestand 2. Is de ICPC code onterecht toegekend of heeft de selecteerde patiënt op ATC geen AF? - Overleg met de huisarts - Zo nodig episode afsluiten of wijzigen en patiënt verwijderen uit Excel bestand 3. Indien diagnose valide? - Controleer/corrigeer/noteer ICPC K78
Stap 2	Classificeer type AF Is het type AF bekend? (Dit is vaak terug te vinden in de brief van de cardioloog. Suggestie: neem dit op in de episodetitel) • Ja: invoeren meetwaarde 3656 AFTY KH type atriumfibrilleren.

	Nee: bepaal het type in overleg met huisarts en leg vast.
Stap 3	Hoofdbehandelaar vaststellen bij patiënten met gecontroleerde ICPC K78 Is patiënt onder behandeling van de cardioloog voor AF? - Ja: controleer reden voor tweedelijsbehandeling - Indicatie onduidelijk: huisarts overlegt met de cardioloog of patiënt terugverwezen kan worden. - Indicatie duidelijk: invoeren meetwaarde 3451 AFHB KZ hoofdbehandelaar atriumfibrilleren= specialist - Nee: is er een indicatie voor behandeling in de tweede lijn? - Ja/twijfel: overleg met huisarts over verwijzing. - Nee: invoeren meetwaarde 3451 AFHB KZ hoofdbehandelaar atriumfibrilleren = huisarts invoeren meetwaarde 3838 AFKZ KZ deelname ketenzorg atriumfibrilleren =ja
Ga alleen naar stap 4 voor de patiënten waarbij je in stap 3 vaststelt dat de huisarts hoofdbehandelaar is.	
Stap 4	Controleer of er onderzoek naar onderliggend lijden is uitgevoerd door de cardioloog Hiervoor controleer je of er een bief is van de cardioloog waarin een echo van het hart wordt beschreven. Is het onderzoek verricht door cardioloog? - Ja: geen actie. - Nee: overleg met huisarts of dit alsnog wenselijk is.
Stap 5	Ontvangt de patiënt de juiste antistolling? Antistolling voor AF is een DOAC of een VKA (fenprocoumon of acenocoumarol). Er is geen indicatie voor ascal als antistolling bij AF. Patiënten met AF gebruiken soms wel ascal voor een andere indicatie (bijvoorbeeld na een infarct). Gebruikt patiënt een DOAC of een VKA ? - Ja: geen actie. - Nee: bepaal CHA2DS2-VASc score (zie onderstaande tabel). - Antistolling niet geïndiceerd: geen actie. - Antistolling geïndiceerd of onduidelijk: overleg huisarts en roep patiënt zo nodig vervroegd op.
Stap 6	Neem de patiënt op in het follow up systeem DM of CVRM Is de patiënt bekend in het categoriaal spreekuur? - Ja: controleer of patiënt een afspraak heeft staan en plan extra tijd voor AF controle. - Nee: oproepen voor consult.

BIJLAGE 1: ACHTERGRONDINFORMATIE DOSSIERONDERZOEK

Deze achtergrondinformatie geeft een toelichting op de stappen beschreven in het dossieronderzoek.

Het doel van dossieronderzoek is:

1. Een selectie maken van patiënten die in aanmerking komen voor de plusmodule AF THOON.
2. De patiënten opnemen in het controlesysteem indien dat nog niet het geval is vanwege DM of CVRM.
3. De eerste controleafspraak AF voor te bereiden.

Voor het dossieronderzoek wordt een selectie gemaakt van de patiënten met de ICPC AF K78 **en** een selectie patiënten met antiaritmica. Door de laatste groep apart te selecteren worden patiënten opgespoord die wel AF hebben, maar niet de juiste ICPC hebben ontvangen in het verleden.

Toelichting op de zes items van het dossieronderzoek:

1. Diagnose

Bij het dossieronderzoek mag je de diagnose als bevestigd zien als AF óf in een brief van de cardioloog/internist genoemd is als diagnose óf AF middels ECG, holterregistratie eventrecorder in de praktijk is vastgelegd.

2. Type AF

Er zijn vier types AF:

- *Eerste aanval van atriumfibrilleren*: de aandoening is niet eerder bij de patiënt vastgesteld. Het kan bij een enkele aanval blijven, vooral als er sprake is van een uitlokkende factor, zoals een infectieziekte. Het kan ook de eerste manifestatie van paroxismaal atriumfibrilleren of het begin van persisterend atriumfibrilleren zijn. Het beloop in de tijd moet duidelijkheid verschaffen.
- *Paroxismaal atriumfibrilleren*: aanvallen van atriumfibrilleren, die binnen zeven dagen spontaan herstellen. Deze aanvallen kunnen overdag ontstaan, bijvoorbeeld uitgelokt door inspanning, maar sommige patiënten krijgen juist 's nachts, na stress of postprandiaal een aanval.
- *Persisterend atriumfibrilleren*: de aandoening bestaat langer dan zeven dagen. Wanneer de aandoening langer dan een jaar bestaat op het moment dat besloten wordt om het beleid te richten op cardioversie, spreken cardiologen van langdurig persisterend atriumfibrilleren.
- *Permanent atriumfibrilleren*: de aandoening bestaat langer dan zeven dagen en de ritmestoornis wordt door patiënt en arts geaccepteerd. Er wordt geen poging tot cardioversie (meer) ondernomen.

Het belang van een indeling in type AF is dat de verschillende types een andere behandeling en hoofdbehandelaarschap vragen.

Hieronder wordt gespecificeerd, welke types AF geschikt zijn voor zorg in de eerste lijn.

Toelichting paroxismaal atriumfibrilleren

Realiseer je dat, als je een patiënt met paroxismaal atriumfibrilleren controleert, hij meest waarschijnlijk sinusritme zal hebben, tenzij hij op dat moment een aanval van AF heeft. Als je bij een patiënt met PAF een irregulaire pols constateert, is het altijd zaak met de huisarts te overleggen aangezien dat mogelijk actie behoeft (andere medicatie, overleg cardioloog).

3. Hoofdbehandelaar

Er zijn afspraken gemaakt door huisartsen en cardiologen wie welke patiënten met AF zorg geeft. In het hoofdstuk inclusie- en exclusiecriteria is een gedetailleerde lijst te vinden om te bepalen wie wel en wie niet in aanmerking komt voor zorg in de eerste lijn.

Samenvattend zijn de volgende patiënten met AF geschikt voor zorg in de eerste lijn: patiënten met AF met een goed ingestelde frequentie, waar geen interventie wenselijk is. Dit betreft in het algemeen ongecompliceerde patiënten met:

- eenmalig AF;
- paroxismaal atriumfibrilleren met acceptabele aanvalsfrequentie zonder onderhoudsbehandeling met antiaritmica;

- paroxismaal atriumfibrilleren met acceptabele aanvalsfrequentie met aanvalsbehandeling (pil in the pocket) door middel van antiaritmica (bijlage 3);
- permanent AF.

Toelichting antiaritmica:

Medicijnen die worden gebruikt om bij patiënten met (paroxismaal) AF een sinusritme te krijgen en te behouden, worden antiaritmica genoemd. Deze kunnen continu worden gebruikt bij patiënten met paroxismaal AF of worden gegeven bij een aanval. Omdat deze middelen zelf kunnen leiden tot ernstige ritmestoornissen, worden alle patiënten die deze middelen slikken gecontroleerd door de cardioloog. Middels een ECG controleert de cardioloog of het middel veilig gegeven kan worden. Een aantal patiënten met paroxismaal atriumfibrilleren gebruiken alleen tijdens een aanval een tablet (pill in the pocket). Er bestaat dan geen risico op het ontwikkelen van deze complicatie. Sommige patiënten met totalol zijn in het verleden onterecht ontslagen door de cardioloog. Indien u deze tegenkomt in uw dossieronderzoek, bespreekt u met de huisarts hoe de zorg verder geregeld gaat worden (huisarts kan hierover overleggen met cardioloog, opnieuw verwijzen of overzetten op andere medicatie).

4. Onderzoek cardioloog

Bij vitale patiënten met AF is onderzoek door de cardioloog van belang. Er wordt onderzoek verricht om onderliggende cardiale pathologie (bijvoorbeeld hartfalen/klepafwijkingen/ischemie) op te sporen en waar mogelijk te behandelen.

Bij onderzoek door de cardioloog wordt een ECG gemaakt, bloed afgenomen, X-thorax en een echocor gemaakt.

Bij veel patiënten is dit in het verleden gebeurd. Als dit niet zo is, is het aan de huisarts om te bepalen of hij de patiënt met AF alsnog verwijst.

5. Antistolling

Adequate antistolling is de pijler van de behandeling van AF. Door goede antistolling bij patiënten waar dit voor geïndiceerd is, voorkom je complicaties zoals CVA.

Omdat dit de pijler van de behandeling is, wordt er niet alleen bij de geplande controles aandacht aan besteed maar ook tijdens het dossieronderzoek. Krijgt een patiënt onterecht geen antistolling of onjuiste antistolling dan dient dit zo spoedig mogelijk gecorrigeerd te worden.

Indicatie voor antistolling stel je vast door middel van de CHA2DS2-VASc score (bijlage 2).

Omdat de situatie van de patiënt kan veranderen is het belangrijk bij patiënten jaarlijks te controleren of er een indicatie voor antistolling bestaat. In het algemeen is het zo dat als er eenmaal een score is die antistolling indiceert, deze niet meer verdwijnt. Jaarlijkse controle van de CHA2DS2-VASc is dus van belang voor die patiënten die (nog) geen indicatie voor antistolling hebben. De juiste dosering van de antistolling kan onder invloed van leeftijd en nierfunctie ook veranderen. Dit is niet van belang voor het dossieronderzoek maar wel een vast item in de jaarlijkse controle.

6. Controlemoment

De opzet van de plus module AF is zo georganiseerd dat de zorg gekoppeld wordt aan het bestaande zorgprogramma CVRM of DM2. Neemt de patiënt hieraan deel, bereid je door het dossieronderzoek te doen deze controle voor en controleer je of er een afspraak gepland is. Indien de patiënt niet deelneemt aan een chronisch zorgprogramma, wordt de patiënt uitgenodigd voor een afspraak bij de huisarts. Na deze afspraak wordt de patiënt, indien gewenst, opgenomen in de ketenzorg.

BIJLAGE 2: INDICATIE ANTI-TROMBOTISCHE THERAPIE

Stel aan de hand van de CHA2DS2-VASc-score vast of er een indicatie is voor anti-trombotische therapie.

Letter	Kenmerk	Score
C	Hartfalen (Congestive heart failure) Ejectiefractie<40%	1
H	Hypertensie (Behandeld of onbehandeld)	1
A₂	Leeftijd ≥75 jaar (Age)	2
D	Diabetes mellitus	1
S₂	CVA/TIA/trombo-embolie (Stroke)	2
V	Vaatlijden (perifeer, carotiden, coronair)	1
A	Leeftijd 65-74 jaar (Age)	1
Sc	Vrouwelijk geslacht (Sex category)	1*

* Geldt niet als vrouwelijk geslacht de enige risicofactor is.

Bij een totaalscore van 0 is sprake van een laag risico op een ischemisch CVA (ongeveer 0,5% per jaar), bij 1 een matig risico (ongeveer 1%) en bij 2 of hoger een hoog risico (oplopend tot meer dan 12%; gemiddeld ongeveer 5%).

Score	Indicatie antistolling
0	Nee
1	NHG: nee ESC: overweeg behalve o.b.v. sekse Advies: overleg met patiënt de voor en nadelen van antistolling.
2	Ja

BIJLAGE 3: AANMELDFORMULIER PLUS-MODULE

Aan te leveren gegevens bij start plusmodule.

Aanmeldformulier plusmodule- AF	
Praktijkgegevens	
Huisarts	
POH	
Voldoet aan voorwaarden	Dossieronderzoek afgerond? Ja/Nee Nascholing AF Thoon gevolgd? Ja/Nee Door: Deelname Ketenzorg DM/CVRM? Ja/Nee

Nul meting:	
Totaal aantal AF Patiënten	
Aantal patiënten met hoofdbehandelaar huisarts	
Aantal patiënten met hoofdbehandelaar specialist	
Aantal patiënten waarvan hoofdbehandelaar nog niet duidelijk	
Aantal patiënten in dossier onderzoek met inadequate antistolling.	

Stuur dit formulier naar: m.wijnen@bvthoon.nl of per of fax naar: 074 – 760 03 43

BIJLAGE 4: REGISTRATIE EXCEL

Voorbeeld Excel bestand.

						Alleen in te vullen als de huisarts hoofdbehandelaar is					
Atriumfibrilleren	Geb. datum	BSN	Diagnose valide?	Hoofd behandelaar		Cardiologisch onderzoek verricht ivm AF	Antistolling (VKA, DOAC)	Indien geen antistolling: CHA2DS2-VASc score		Afspraak gepland	Bijzonderheden
				type AF	AF			DM/CVRM	DBC		
Mw A	15-1-1956		j	paroxismaal	s						
Dhr B	20-2-1961		j	eenmalig	h	j	VKA		CVRM	j	
Mw C	30-3-1941		j	permanent	h	j	DOAC		DM	j	
Dhr D	21-4-1946		j	persisterend	h		VKA				
Dhr F	3-6-1934		j	paroxismaal	s						
Mw G	8-7-1928		j	persisterend	h		VKA		DM	j	
Dhr H	13-8-1957		j	persisterend	h		DOAC		CVRM	j	
Dhr J	1-10-1942		j	permanent	h		DOAC		CVRM	j	
Mw K	6-11-1958		j	paroxismaal	s						
Dhr L	7-12-1966		j	?	?						