

Behandelingsprotocol

Secundaire Preventie Ischemisch CVA

Versie 1 februari 2018

Inhoud

1	Inleiding en doelstelling	3
2	Opvolging vasculaire risicofactoren	4
2.1	Diabetes.....	4
2.1.1	Doel.....	4
2.1.2	Aanpak tijdens secundaire preventie door huisarts en specialist.....	4
2.2	Arteriële hypertensie.....	5
2.2.1	Doel.....	5
2.2.2	Aanpak tijdens secundaire preventie door huisarts en specialist.....	5
2.3	Roken.....	6
2.3.1	Doel.....	6
2.3.2	Aanpak tijdens secundaire preventie door huisarts en specialist.....	6
2.4	Obesitas.....	7
2.4.1	Doel.....	7
2.4.2	Aanpak tijdens secundaire preventie door huisarts en specialist.....	7
2.5	Sedentair gedrag	7
2.5.1	Doel.....	7
2.6	Hyperlipidemie	8
2.6.1	Doel.....	8
2.6.2	Aanpak tijdens secundaire preventie door huisarts en specialist.....	8
3	Behandeling met antitrombotica	10
3.1	Doel	10
3.2	Aanpak tijdens hospitalisatie	10
3.2.1	Bij afwezigheid van een cardiale embolusbron	10
3.2.2	Bij aanwezigheid van een cardiale embolusbron	10
3.3	Aanpak tijdens secundaire preventie door huisarts en specialist.....	12
3.4	Peri-operatieve aanpak bij patiënten met antitrombotica/anticoagulantia.....	12
4	Rijbewijs.....	13

4.1. Algemeen.....	13
4.2. Groep 1 rijbewijs (categorie AM, A1, A2, A, B, BE, G)	13
4.3. Groep 2 rijbewijs (categorie C, D, B bezoldigd vervoer).....	13
5. Levenskwaliteit na beroerte : opvolgen door huisarts en paramedici.....	14

Tabellen

Tabel 1: Beoogde bloeddrukwaarden volgens specifieke doelgroep	5
Tabel 2: Keuze PO anti-aggregantium	10
Tabel 3: DoAC (= NoAC).....	11
Tabel 4: Frequentie bloedafname bij DOAC-patiënten.....	11
Tabel 5: Rijverbod per aandoening.....	13

Figuren

Figuur 1: Maatregelen arteriële hypertensie	6
---	---

Bijlages

Bijlage 1: Waarden buikontrek.....	15
Bijlage 2: Fast.....	16
Bijlage 3: Pre-hospitalisatiefase.....	17

1 Inleiding en doelstelling

Het LMN Brugge – Oostende – Houtland ontwikkelde samen met neurologen, gerieters, huisartsen en paramedici het behandelingsprotocol Secundaire Preventie Ischemisch CVA versie 2017. Dit protocol werd als basisdocument gebruikt en aangevuld door neurologen, huisartsen en het LMN Zuid-West-Vlaanderen. Het doel van dit beknopt protocol is het verbeteren van de veilige en doelmatige behandeling van risicofactoren op een nieuwe beroerte bij patiënten die reeds een beroerte hebben gehad. Het protocol dient als praktisch instrument voor de zorgverlener in de praktijk.

Er werd gekozen om ons in dit protocol te beperken tot richtlijnen rond secundaire preventie van een ischemisch CVA (80% van alle beroertes). Overige aspecten van de chronische beroertezorg, zoals multidisciplinaire revalidatie en maatschappelijke re-integratie, zijn minstens even belangrijk, doch maken geen deel uit van de eerste uitgave van dit protocol. Binnen deze revalidatie is een multidisciplinaire samenwerking van groot belang.

De ‘standaardzorg’ van de huisarts wordt in dit document via een aantal schema’s in kaart gebracht en is zoveel mogelijk gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten. Deze bundel is een hulpmiddel dat huisartsen op een heldere en juiste manier gidst door de secundaire preventie van een beroerte. Niettemin moet rekening gehouden worden met de verlangens en wensen van de patiënt, het nastreven van levenskwaliteit en realisme in het beleid. Een handige parameter om de noodzaak van een behandeling in te schatten en de behandeling en de “opbrengst” met een individuele patiënt bespreekbaar te maken is de Number Needed to Treat. Dit proces wordt ook ‘shared decision-making’ genoemd.

Door het deficit in de Evidence-based literatuur heeft ook deze richtlijn over secundaire preventie van een ischemisch CVA zijn beperkingen in de toepasbaarheid op patiënten met geriatrisch profiel. Streefwaarden voor verschillende fysiologische parameters (o.a. bloeddruk, gewicht, glycemieregeling, cholesterol...) zijn niet dezelfde bij de kwetsbare ouderen als voor de volwassen populatie; soms zijn adviezen gewoon tegenovergesteld. Zo zijn maatregelen als zoutrestrictie, beperkende diëten, gewichtsreductie e.a. in een geriatrische populatie niet op evidentie gebaseerd en zelfs af te raden. Farmacologie dient gekaderd te worden naar potentiële opbrengst, prioriteiten in patiëntgerichte behandeling en bijwerkingen.

De werkgroep engageert zich om dit behandelingsprotocol aan te passen als uit wetenschappelijke richtlijnen blijkt dat dit noodzakelijk is en rekening houdend met feedback vanuit de huisartsengroepen in de regio.

Naast dit protocol is er een steekkaart verwijsbeleid, inclusief time task matrix, ter beschikking. Deze documenten vindt u digitaal op de website van het LMN:

- LMN BOH: www.zorgtrajectboh.be/zorgverlener/documenten
- LMN Midden-West-Vlaanderen: www.lmn-cwv.be
- LMN Zuid-West-Vlaanderen: <http://lmn-zwv.be/lmn/zorgpad-beroertezorg>.

Daarnaast kunt u op onze website van het LMN BOH het behandelingsprotocol ‘perioperatief beleid: antitrombotica / anticoagulantia’ vinden, wat als aanvulling kan dienen op dit protocol.

Ter aanvulling verwijzen we naar het preoperatief beleid in de regio Zuid- en Midden West-Vlaanderen. In de regio werd er namelijk in het kader van het preoperatief beleid een consensus bereikt betreffende de medische richtlijnen. Inhoudelijk zijn de preoperatieve boekjes gelijk, de lay-out daarentegen verschilt per ziekenhuis.

- [Preoperatief boekje AZ Delta](#)
- [Preoperatief boekje AZ Groeninge](#)
- Preoperatieve documenten Jan Yperman Ziekenhuis: [vragenlijst volwassenen](#) en [preopdossier huisarts](#)
- [Preoperatief boekje OLV van Lourdes ziekenhuis](#)
- [Preoperatief boekje Sint-Andries ziekenhuis](#)
- [Preoperatief boekje Sint-Jozefskliniek](#)

2 Opgvolging vasculaire risicofactoren

2.1 Diabetes

2.1.1 Doel

Diabetespatiënten hebben een hoog vasculair risico. Vroegtijdige diagnose en behandeling van diabetes type 2 verlaagt het risico op TIA/CVA.

2.1.2 Aanpak tijdens secundaire preventie door huisarts en specialist

Afhankelijk van hoe ver de diabetes gevorderd is, bestaan er verschillende trajecten voor de patiënt. Een overzicht van de verschillende diabetessystemen kunt u [hier](#) vinden.

Voor meer informatie over de trajecten verwijzen we naar de websites van het LMN:

LMN BOH	LMN CWV	LMN ZWV
<ul style="list-style-type: none"> • Zorgtraject • Behandelingsprotocol Diabetes type 2 • Extra documenten 	<ul style="list-style-type: none"> • Voortraject • Zorgtraject Klik hier voor nuttige documenten voor de huisarts. • Algemene informatie diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Voortraject • Zorgtraject Klik hier voor nuttige documenten voor de huisarts. • Educatie en zelfzorg

2.2 Arteriële hypertensie

2.2.1 Doel

- Reductie van de bloeddruk verlaagt recidiefrisco op TIA / CVA
- Beoogde bloeddrukwaarden zijn patiëntafhankelijk (zie Tabel 1)
- Bij jonge normotensieve patiënten wordt soms ook een ACE-inhibitor opgestart
- Gemiddelde reductie van 10 mmHg systolisch of 5 mmHg diastolisch werkt reeds preventief

Tabel 1: Beoogde bloeddrukwaarden volgens specifieke doelgroep

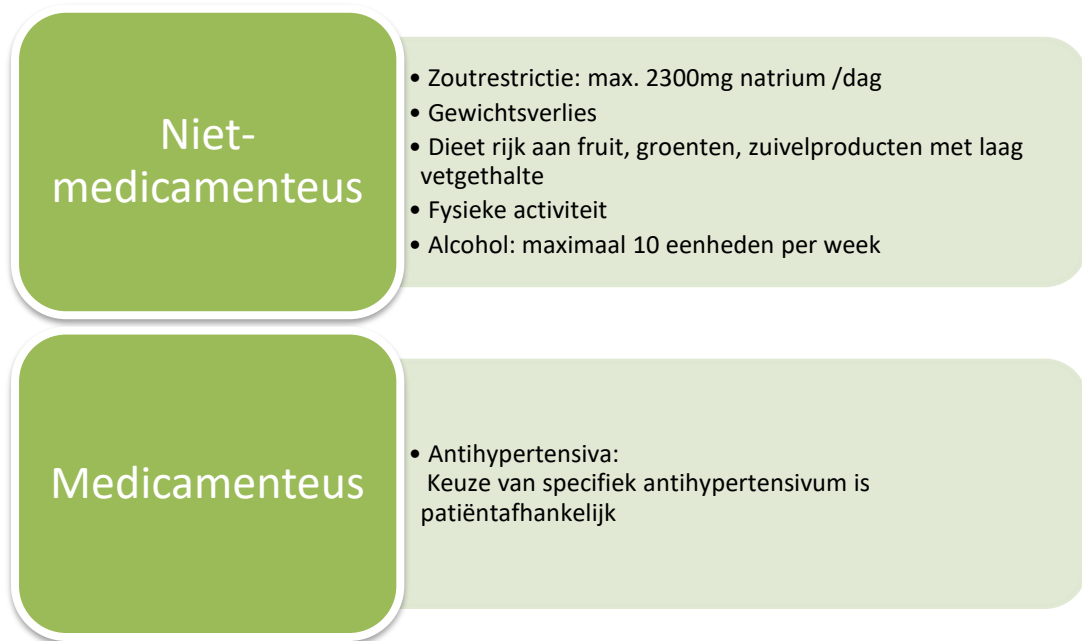
Doelgroep	Beoogde bloeddrukwaarden
Diabetes (standaard ACE-I, cf. behandelingsprotocol diabetes)	SBD < 130 mmHg ¹ DBD < 80 mmHg ¹
Chronische nierinsufficiëntie (cf. behandelingsprotocol CNI)	130 / 85 mmHg
Patiënten > 80 jaar of kwetsbare oudere	150 / 80 mmHg
Geen co-morbiditeit	140 / 90 mmHg

2.2.2 Aanpak tijdens secundaire preventie door huisarts en specialist

- Regelmatige controle (patiëntafhankelijk) van de bloeddruk in de thuissituatie (checklist kan op voorhand meegegeven worden). Zowel de thuisverpleging als de huisarts spelen hierin een belangrijke rol. De verzamelde informatie via auto-BD monitoring of via thuisverpleging wordt best doorgegeven aan de huisarts of specialist.
- Gezien de meerwaarde van een ambulante bloeddrukmeting in de bestrijding van hypertensie, stelt het LMN Zuid-West-Vlaanderen 6 ambulante 24-uurs bloeddrukmeters ter beschikking van de huisartsen. Voor meer informatie [klik hier](#).
- Tip: follow-up [document zelfmeting bloeddruk Domus Medica](#)

¹ Aanbevelingen volgens de ADA-guidelines 2018

- Maatregelen:



Figuur 1: Maatregelen arteriële hypertensie

2.3 Roken

2.3.1 Doel

- Absolute rookstop is noodzakelijk om recidiefrisico CVA te halveren
- Passief roken mijden is wenselijk

2.3.2 Aanpak tijdens secundaire preventie door huisarts en specialist

- Educatie en instellen rookstop tijdens opname
- Verschillende behandelingsopties worden voorgesteld:
 - Cognitieve gedragstherapie
 - Nicotine-substitutie
 - Medicatie
 - Varenicline (1 x 0.5 mg eerste 3 dagen, 2 x 0.5 mg 3 dagen, nadien 2 x 1 mg) of
 - Combinatie nicotine-substitutie + varenicline
- Rookstop dient op elke raadpleging (huisarts, neuroloog) herbesproken en aangemoedigd te worden.
- Zo wenselijk verwijzing naar rookstopraadpleging of tabakoloog
- De tabakologen uit uw regio kunt u [hier](#) vinden.
- **! Contra-indicatie voor bupropion voor beroertepatiënten**
- Meer informatie rond stoppen met roken kunt u vinden op www.tabakstop.be

2.4 Obesitas

2.4.1 Doel

- Obesitas verhoogt het risico op morbiditeit (hypertensie, hyperlipidemie, diabetes type 2, beroerte, myocardinfarct, slaapapnoe) en vasculaire mortaliteit.
- Gewichtsreductie noodzakelijk bij: (A) BMI > 30 en (B) vasculair belaste patiënten met 25 < BMI < 30.
- Zelfs beperkte volgehouden gewichtsvermindering (3-5%) kan klinisch significant gezondheidsvoordeel opleveren (reductie bloeddruk, triglyceriden, glucosespiegels).

2.4.2 Aanpak tijdens secundaire preventie door huisarts en specialist

- Educatie patiënt rond risico's overgewicht en obesitas en instellen mediterraan dieet tijdens opname.
- Baseline buikomtrek en BMI worden bepaald; buikomtrek correleert iets beter met vasculair risico.
Figuur buikomtrek: zie bijlage 1.
- Halfjaarlijkse opvolging: BMI en buikomtrek, anamnese levensstijl (eetgewoonte, fysieke activiteit, familiaal, eerdere vermageringspogingen).
 - Cutoff waarden overgewicht (25 – 29,9 kg/m²) en obesitas (graad I 30 – 35 kg/m², graad II 35 – 40 kg/m² en graad III > 40 kg/m²)
 - Cutoff waarde omtrek taille < 88 cm vrouw, < 102 cm man
- Bereidheid peilen, realistische doelstellingen (5 - 10% / 6 maand) formuleren en (combi-) interventiestrategie vastleggen, mogelijkheden hiervoor zijn:
 - Dieet
 - Fysieke activiteit
 - Bariatrische chirurgie
 - Farmacotherapie

2.5 Sedentair gedrag

2.5.1 Doel

Fysieke (aerobe) activiteit verhogen naar minstens 150 minuten per week (liefst 200 - 300 minuten) op het ritme van de patiënt.

In bepaalde regio's loopt het project 'Bewegen Op Verwijzing' (BOV).

Een BOV-coach kan uw patiënten persoonlijk en op maat motiveren om meer te bewegen.

Het gaat om patiënten:

- die de beweegnorm van minstens 30 minuten per dag matig intensief bewegen niet halen.
- die dagelijks urenlang ononderbroken zitten.

De doorverwijzing naar een BOV-coach kan enkel op verwijzing van de huisarts.

Meer informatie hierover kunt u vinden op de websites van het LMN:

- [LMN BOH](#)
- [LMN CWV](#)
- [LMN ZWV](#)

Of via de website van het [Vlaams Instituut Gezond Leven](#).

2.6 Hyperlipidemie

2.6.1 Doel

Hyperlipidemie wijst op de verhoogde spiegels van lipiden (waaronder LDL-cholesterol), wat een verhoogd risico geeft tot ischemisch CVA en perifere vasculopathie. Absolute richtwaarden (totaal cholesterol, berekende LDL-cholesterol) zijn recent verlaten en vervangen door het percentage reductie van de waarden na start therapie. Hoe groter de LDL-C reductie, hoe krachtiger de reductie van nieuwe ischemische CVA's.

2.6.2 Aanpak tijdens secundaire preventie door huisarts en specialist

1. Acute aanpak (0 – 3 maanden):

- Niet-medicamenteus:
 - Levensstijlmodificatie (gezonde mediterrane voeding, regelmatige lichaamsbeweging, behoud gezond gewicht)
- Medicamenteus (Statine)
 - **voorafgaand**: check nuchter lipidenbilan, ALT, GGT
 - **patiënt ≤ 75 jaar en aangetoonde atherosclerose en LDL-C ≥ 100 mg/dL**:
 - hoog-gedoseerd statine (= LDL-C > 50% reductie):
atorvastatine 80 mg, rosuvastatine 20-40 mg
 - **patiënt > 75 jaar of contra-indicatie** voor hoog-gedoseerde therapie **of hoog risico** op statine-nevenwerkingen (cf. kader p.9) **of afwezigheid atherosclerose**:
 - matig-gedoseerd statine therapie(= LDL-C 30-50% reductie):
atorvastatine 10-20 mg, rosuvastatine 10 mg, simvastatine 20-40 mg, pravastatine 40 mg
 - **geen evidentie** voor:
monotherapie fibraat, niacine of anionenuitwisselaars, combinatietherapie met fibraat

2. Lange termijn aanpak (> 3-6 maanden):

- Niet-medicamenteus
 - Behoud levensstijlmodificatie (gezonde mediterrane voeding, regelmatige lichaamsbeweging, behoud gezond gewicht)
- Medicamenteus
 - Bepaal totaalcholesterol en LDL-cholesterol na 3 maanden om te controleren of de streefwaarden ondertussen zijn bereikt. Zo neen, dan een opvolging op 6 maanden. Zo ja, jaarlijkse controle (cf. timetask matrix).
 - Statine titreren op basis van LDL-cholesterol:
 - Streefwaarde <100 mg/dl of <70 mg/dl bij hoog cardiovasculair risicoprofiel
 - Indien geanticipeerde therapeutische respons (nl. LDL-C reductie met 30 – 50 % of met > 50%) behaald werd, kan statinedosis verlaagd worden
 - Indien niet behaald: therapietrouw controleren, levensstijl strikter opvolgen en secundaire oorzaken hyperlipidemie^[1] checken
 - Indien LDL-C 2 maal < 40 mg/dl: statinedosis verlagen
 - Bij niet behaalde respons: combinatie Statine en Ezetimide
 - Indien de streefwaarden nog niet behaald werden, kan er onder strikte voorwaarden een PCSK9-inhibitor worden opgestart.
 - Elke raadpleging:
Check compliantie, screenen naar mogelijk nevenwerkingen, check hepatische functie indien klinisch vermoeden hepatotoxiciteit, check CK indien vermoeden myotoxiciteit en motiverend gesprek levensstijlmodificatie.

! Opgelet: groep patiënten met verhoogd risico op ernstige nevenwerkingen:

- Ernstige co-morbiditeit
- Ernstige nier-leverdysfunctie
- Vroegere statine intolerantie
- Onverklaarde stijging ALT>3 ULN
- Concomitante medicatie met effect op statine metabolisme

^[1] secundaire oorzaken hyperlipidemie: vb. nefrotisch syndroom, biliare obstructie, hypothyroïdie, obesitas, diuretica, cyclosporine, glucosteroiden, amiodarone, voeding met veel gesatureerde vetten

3 Behandeling met antitrombotica

3.1 Doel

Antitrombotica verlagen het recidiefrisico op TIA/CVA.

3.2 Aanpak tijdens hospitalisatie

3.2.1 Bij afwezigheid van een cardiale emboolbron

Acute aanpak (bij opname)

- Acetylsalicylzuur 160-325 mg in acuut stadium.

Opmerking: Beperkt CVA/TIA t.g.v. een bewezen ernstige macro-angiopathie intracranieel of stenting t.h.v. de carotiden: bitherapie Acetylsalicylzuur 80 mg + Clopidogrel 75 mg gedurende 3 maanden; nadien verdere behandeling volgens de lange termijn secundaire risicoreductie.

Lange termijn secundaire risicoreductie

- Vervolgens levenslang PO anti-aggregantium, 3 mogelijke opties:

Tabel 2: Keuze PO anti-aggregantium

<i>Keuze is patiëntafhankelijk (tolerantie, kostprijs, indicatie, co-morbiditeit)</i>
Acetylsalicylzuur 80 (klassiek)
Acetylsalicylzuur 25 mg / Dipyridamole 200 mg, 2x/dag
Clopidogrel 75 1x/dag

3.2.2 Bij aanwezigheid van een cardiale emboolbron

Tijdstip van opstarten orale anticoagulantia (oAC) hangt af van het risico op hemorragische omvorming.

3.2.2.1 Bij non-valvulaire VKF

- Directe orale anticoagulantia (DoAC)(= Nieuwe orale anticoagulantia NoAC) of vit-K-antagonist
 - Vaststellen van een tot nu toe niet-gekende en/of niet behandelde VKF (nieuwe en goed geregelde diagnose): voorkeur voor DoAC.
 - Voor patiënten met stabiele therapeutische INR is er geen reden om over te schakelen.

Tabel 3: DoAC (= NoAC)

Geneesmiddel	Toediening	Bemerkingen
Dabigatran (= Pradaxa)	- 150 mg 2x/dag - 110 mg 2x/dag bij personen ≥ 80 jaar, GFR < 50 ml/min	Contra-indicatie bij GFR < 30 ml/min
Rivaroxaban (= Xarelto)	- 20 mg 1x/dag (bij GFR > 50ml/min) - 15 mg 1x/dag (bij GFR 15-50 ml/min)	Contra-indicatie bij GFR < 15 ml/min
Apixaban (= Eliquis)	5 mg 2x/dag of 2,5 mg 2x/dag indien aan 2/3 criteria voldaan: > 80 jaar, LG < 60 kg, creatinine > 1,5 mg/dl.	Contra-indicatie bij GFR < 15 ml/min
Edoxaban (= Lixiana)	- 60 mg/dag - GFR 15-49 of ≤ 60 kg of gebruik P-gp-remmers: 1x30 mg	Contra-indicatie bij GFR < 15 ml/min

Een overzicht van andere interacties kunt u [hier](#) vinden op dia 13 t.e.m. 15.

Bij patiënten op DOAC's/NOAC's moet de nierfunctie zorgvuldig gecontroleerd worden. Dit minstens halfjaarlijks om veranderingen in de nierfunctie te kunnen detecteren en indien nodig de dosis aan te passen. Als de nierfunctie verminderd is (creatinine klaring ≤ 60 ml / min.), moet er frequenter opgevolgd worden.

Bij oudere (≥75-80 jaar) of kwetsbare patiënten zou de nierfunctie minstens om de 6 maanden gecontroleerd moeten worden. Vooral wanneer het gaat om patiënten die Dabigatran of Edoxaban nemen, is een goede opvolging van de nierfunctie aangeraden aangezien deze medicaties meer afhankelijk zijn van de renale klaring.

Acute ziekte beïnvloedt de nierfunctie (infecties, acuut hartfalen, ... enz.). Bij acute ziekte is een frequentere opvolging aangewezen.

Tabel 4: Frequentie bloedafname bij DOAC-patiënten

Bloedafname
Jaarlijks: Hemoglobine, nier- en leverfunctie.
Zesmaandelijks: Nierfunctie: bij iedere DOAC-patiënt; Indien ≥75-80 jaar (vooral bij Dabigatran of Edoxaban) of kwetsbare patiënten eventueel frequenter.
Driemaandelijks: Indien de nierfunctie ≤60 ml / min.
Frequenter op indicatie: Wanneer een bijkomende factor de nier – of leverfunctie kan beïnvloeden.

3.2.2.2 Bij andere cardiale embolbronnen

Interdisciplinair overleg met cardiologie.

3.3 Aanpak tijdens secundaire preventie door huisarts en specialist

- Patiënt motiveren tot goede therapietrouw.
- Opvolgen mogelijke bijwerkingen/interacties met andere medicijnen.
- Regelmatige controle van de nierfunctie is aanbevolen bij patiënten onder een DoAC.

3.4 Peri-operatieve aanpak bij patiënten met antitrombotica/anticoagulantia

LMN BOH:

Zie protocol 'Perioperatief beleid: [antitrombotica / anticoagulantia](#)'.

LMN CWV en ZWV:

Hierbij verwijzen we naar het luik 'Preoperatief medicatiebeleid' binnen het preoperatief beleid in de regio Zuid- en Midden-West-Vlaanderen.

- [Preoperatief boekje AZ Delta](#)
- [Preoperatief boekje AZ Groeninge](#)
- Preoperatieve documenten Jan Yperman Ziekenhuis: [vragenlijst volwassenen](#) en [preopdossier huisarts](#)
- [Preoperatief boekje OLV van Lourdes ziekenhuis](#)
- [Preoperatief boekje Sint-Andries ziekenhuis](#)
- [Preoperatief boekje Sint-Jozefskliniek](#)

4.1. Algemeen

- Documenten (o.a. [attest model VII](#)) zijn te vinden op de website van het LMN.
- Document van CARA invullen is geen verplichting voor de arts.

4.2. Groep 1 rijbewijs (categorie AM, A1, A2, A, B, BE, G)

Tabel 5: Rijverbod per aandoening

Aandoening	Rijverbod?
Ischemische beroerte	6 maanden rijverbod bij afwijkende beeldvorming (recente ischemie op DWI-gewogen MR beelden). Enkel MR negatieve TIA's kunnen rijgeschikt worden verklaard.
Intracerebrale bloeding	6 maanden rijverbod.
Subarachnoïdale bloeding	6 maanden rijverbod bij parenchymletsels.
Cerebraal veneuze sinustrombose	6 maanden rijverbod bij parenchymletsels.

- De specialist attesteert rijongeschiktheid bij ontslag ([attest model VII](#)).
- De rijgeschiktheid wordt tijdens hospitalisatie met de patiënt besproken. Er volgt herinnering op 3 maanden door de specialist.
- Op 6 maanden na klinische neurologische herevaluatie ev. attesteren rijgeschiktheid.
- Bij blijvende functionele beperking na 6 maanden of twijfel: door neuroloog naar CARA door te verwijzen. De specialist attesteert rijongeschiktheid bij ontslag (attest model VII).

4.3. Groep 2 rijbewijs (categorie C, D, B bezoldigd vervoer)

- Voor rijbewijs groep 2 wordt de patiënt **steeds naar het CARA** verwezen door de specialist.
- Attest model VII, ondertekend door de patiënt, documenteert het meedelen van de rijongeschiktheid door de neuroloog.

5. Levenskwaliteit na beroerte : opvolgen door huisarts en paramedici

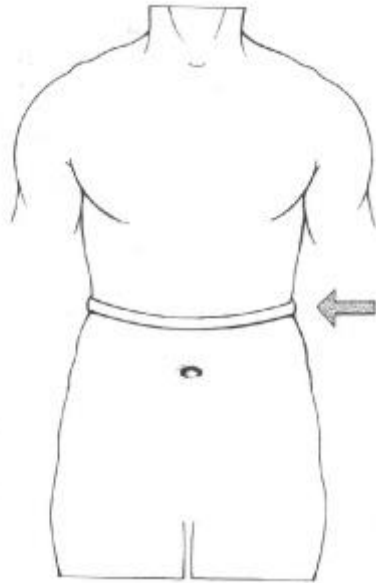
Onderstaande lijst geeft de meest voorkomende aandachtspunten bij patiënten na een beroerte weer. Opvolging is belangrijk in het kader van de levenskwaliteit van de patiënt. Indien nodig kunt u de patiënt gericht doorverwijzen naar de specialist of paramedicus.

- Pijn
- Incontinentie
- Activiteiten in het dagelijks leven (ADL) (o.a. aankleden, wassen, koken, ...)
- Mobiliteit
- Spasticiteit
- Communicatie
- Stemming (o.a. angst, depressie, ...)
- Cognitieve problemen
- Re-integratie (o.a. ontspanningsactiviteiten, hobby's, werk, ...)
- Persoonlijke relaties
- Vermoeidheid
- Slikstoornissen
- Andere uitdagingen

De checklist na beroerte, ontwikkeld door het Global Stroke Community Advisory Panel in 2012, goedgekeurd door de World Stroke Organization en aangepast door de Belgian Stroke Council in 2016, kunt u [hier](#) vinden.

Bijlage 1: Waarden buikomtrek

Geslacht	Prima	Risico	Verhoogd risico
Man	<94 cm	94 – 102 cm	> 102 cm
Vrouw	< 80 cm	80 – 88 cm	> 88 cm



De buikomtrekbepaling gebeurt best bij staande patiënt en ter hoogte van het midden tussen de onderste rib en de heupkam.

HERKEN JIJ DE SYMPTOMEN VAN EEN BEROERTE?

— Doe de FAST-test: let op Face-Arm-Spraak-Tijd —



KIJK OF DE MOND
SCHEEF STAAT



KIJK OF ARM/BEEN
MINDER GOED BEWEEGT



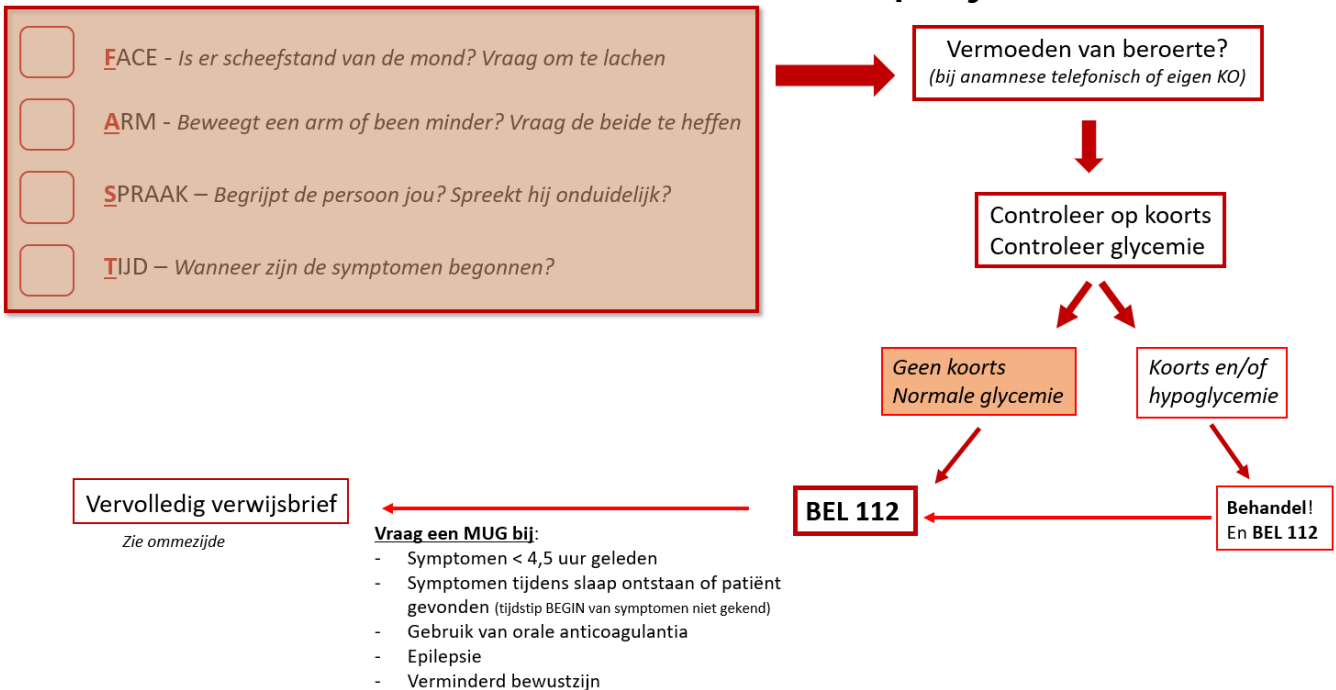
LUISTER OF PERSOON
ONDUIDELIJK SPREEKT



REAGEER ONMIDDELIJK,
ELKE MINUUT TELT

Bron: Vlaamse overheid

Herkenen een beroerte op tijd!



TIA
= de neurologische uitvalsverschijnselen waren tijdelijk en zijn nu VOLLEDIG verdwenen

- Patiënt zo spoedig mogelijk onderzoeken
- Consultatie bij neuroloog binnen de dag zelf.

Indien geen evaluatie bij neuroloog dag zelf;
verwijs door naar de spoeddienst
→ zie steekkaart voor de contactgegevens

Belangrijke gegevens uit het KLINISCH ONDERZOEK:
Temperatuur/ glycemie / Bloeddruk/ Harttonen
Evt. INR (indien CoaguCheck voorhanden)

Vervolledig je verwijsbrief

NOODZAKELIJKE GEGEVENS

1. Maak een schets van het begin van de klachten:
welke neurologische uitvalsverschijnselen
2. Wanneer zijn klachten begonnen OF
wanneer was patiënt voor het laatst normaal?
3. Wat was het bewustzijn?
4. Gebruik van anti-coagulantia:
Marevan/Marcoumar/Sintrom of NOAC
5. Tijdstip van laatste inname anti-coagulantia
6. Begeleidende symptomen?
7. Absolute contra-indicaties voor IV trombolyse (telefonisch doorgeven)
 - Onbekend tijdstip ontstaan klachten
 - Tijdstip van ontstaan klachten > 4,5 uur geleden
 - Herseninfarct voorbij 1,5 maand
 - Contusio cerebri voorbij 2 maand
 - Bloeding GI of urinewegen voorbij 14 dagen
 - Belangrijke intracerebrale bloeding in voorgeschiedenis
 - Grote ingrijpende operatie voorbij 14 dagen
 - Arteriële punctie/lumbale punctie voorbij 7 dagen
 - NOAC ingenomen < 4 uur geleden

BIJKOMSTIGE NUTTIGE GEGEVENS

1. Algemene voorgeschiedenis/ cardiovasculair risicoprofiel
2. Chronische medicatie

CONTROLEER REGELMATIG HET BEWUSTZIEN!

Bron: Steekkaart Dr. Ghequire M. – huisarts