**Taak 6**

Definities:

Verwijsbrief:

De brief die de huisarts schrijft aan een specialist om deze specialist te laten weten met welke vraagstelling de patiënt wordt verwezen. Het NHG heeft regels opgesteld voor de inhoud van deze brief.

Specialistenbrief:

De brief waarmee de specialist zijn bevindingen (en evt. behandeling) terugkoppelt aan de huisarts.

Met het toegenomen gebruik van de E-brief via **Zorgdomein** hanteren zowel huisartsen en specialisten een uniforme opbouw van de brief met vaste rubrieken. De brief wordt deel vanuit het HIS en het ZIS gevuld. Het typewerk is daardoor duidelijk afgenomen en de specialistenbrieven zijn na het bezoek van de huisarts veel sneller bij de huisarts gearriveerd dan in het verleden.

De administratieve (typ)werkzaamheden m.b.t. de verwijsbrieven zijn voor de doktersassistent in de huisartsenpraktijk en de medisch secretaresse in het ziekenhuis geminimaliseerd.

**De doelen van ZorgDomein zijn o.a.:**

* de verwijzer en de patiënt beter informeren over de toegangstijden, de evt. voorbereiding
* onnodige bezoeken en consulten voorkomen door combinatieafspraken te maken
* onnodige telefoontjes, papierwerk en handelingen voorkomen

**Specialisme vakgebied**

Allergologie allergische (overgevoeligheids)ziekten

Anesthesiologie pijnbestrijding, verdoving

Cardiologie hart- en vaatziekten

Chirurgie heelkunde

Dermatologie huid- en geslachtsziekten

Endocrinologie ziekten van hormoonvormende organen

Gastro-enterologie maag-, darm en leverziekten

Genetica erfelijkheidsziekten

Geriatrie complexe ziekten bij oude mensen

Gynaecologie ziekten van vrouwelijke geslachtsorganen

Interne geneeskunde ziekten van de inwendige organen

Kaakchirurgie ziekten van mond en kaak

KNO ziekten van keel, neus en oren

Kindergeneeskunde ziekten bij kinderen tot 16 jaar

Klinische chemie kennis en onderzoek van bloed, urine, ontlasting

Longziekten ziekten van longen en luchtwegen

MDL maag-, darm en leverziekten

Medische microbiologie kennis van ziekmakende micro-organismen

Mondheelkunde ziekten van mond en kaak

Neurochirurgie chirurgie van het zenuwstelsel

Neurologie ziekten van het zenuwstelsel

Obstetrie verloskunde (uitgevoerd door een arts)

Oogheelkunde ziekten van de ogen

Oftalmologie oogheelkunde

Orthopedie ziekten van het bewegingsapparaat

Pathologische anatomie diagnostiek aan de hand cellen en weefsels

Pediatrie kindergeneeskunde

Plastische chirurgie reconstructieve en schoonheidschirurgie

Psychiatrie ziekten van de geest

Pulmonologie longziekten

Radiodiagnostiek diagnostiek met beeldvormende technieken (röntgenstralen, MRI, computertomografie, CT-scan, echo)

Radiotherapie behandeling met behulp van straling

Reumatologie reumatische en gewrichtsaandoeningen

Revalidatie herstel na ernstige aandoeningen

Thoraxchirurgie chirurgie van hart en longen

Urologie ziekten van nieren, urinewegen en mannelijke geslachtsorganen

|  |
| --- |
| **Specialist**MZH Tjon Pian Gi,Urologie (code= 00351) |
| **Verzenddatum** 00-00-2013 14:09:00 |
| **Tekst**Van: Tjon Pian Gi (Urologie/vektis 03006204)   Groningen, 00 xxxxx 2013Kenmerk: nbhjkbag/ FV800114477 Voorgaande diagnose/behandeling:1977 emfyseem1978 ulcus duodeni1991 netvlies-loslating1996 stil anteroseptaal infarct1999 polymyalgia reumatica2000 cataract-operatie05/2003 distaal sigmoidcarcinoom c.q. proximaal rectumcarcinoom;verdenking r.i.p. rechter nier08/2003 low anterior resectie voor T2 N0 M0 adenocarcinoomRe-laparotomie voor bloeding uit leverbed na leverbiopsie04/2004 niertumor rechts, waarvoor lumbale nefrectomie, PA: 3 cmgrote Grawitz-tumor, in toto verwijderd12/2004 LUTS: BPH met residuvorming2006 prostaatbiopsie i.v.m. stijgend PSA: hyperplasie03/2007 stijgend PSA, ondanks antibiotische behandeling; opnieuwoctantbiopten; bij transrectale echo geen verdachte laesies04/2007 T1c prostaatcarcinoom, Gleasonscore 6 in 2 van de 4 biopten;links positief - rechts negatief, waarvoor voorlopig watchful waiting07/2009 wat toegenomen LUTS, waarvoor alfa-blokker en Dutasteride,gezien er ook enige obstructie van de prostaat was08/2010 combinatietherapie voor prostaathypertrofie met T1cprostaatcarcinoom: Tamsulosine en Dutasteride09/2011 prostaatbiopten, PA: links en rechts chronischeontstekingsactiviteit; geen tekenen van maligniteit02/2013 TUR-prostaat i.v.m. obstructieve mictie met residuvorming,PA: 50% van de chips Gleasonscore 6 prostaatcarcinoom;post-operatief periode van blaasatonie, waarvoor 10 dagencatheter a demeure  Geachte collega, Uw patient dhr. B. de K, geboren xx-xx-1944, wonendeXxxxxxxx, 1111XX  Xxxxxx zag ik op mijn spreekuur op 00-00-2013ter controle. Anamnese:De mictie ging thans beter. Hij had nog wel iets urgeklachten t.g.v.de TUR-prostaat. Uroflowmetrie/residubepaling:Een goede flow van 13.5 ml/s, bij een volume van 150 ml. Geen residuna mictie meer. Diagnose/conclusie:Ten opzichte van 2007 is er nog steeds een Gleasonscore 6prostaatcarcinoom, waarbij in 50% van he verwijderde weefsel dit werdaangetroffen. Advies/revisie:. 00-00-2013: Longartsen - Dr. L.H. Steenhuis ! 00-00-2013:Longfunctie. 00-00-2013: Urologie - Dr. N.P. Tjon Pian Gi, met PSA-controle, omte zien of al of niet een behandeling noodzakelijk is. Een en ander werd met patient overlegd.  Met vriendelijke groeten, dr. N.P. Tjon Pian Gi, uroloog     |

|  |
| --- |
| **Specialist**Keel Neus Oor Heelkunde (code= KNOP) |
| **Verzenddatum** 01-02-2013 08:21:00 |
| **Tekst**Polikliniek KNO     Telefoon(050) 361 2700                                      Fax (050) 361 1792                         BB20-KNOP                                      BetreftDe weledel(zeer)geleerde heer/vrouwe  XXXXXXXXXXXX, X.XXXXX 1                             Geboortedatum 01-01-1946 /Man1111 XX  XXXXX                 UMCG-nummer 11111111                                      Bezoekdatum 18-04-2013                                         18 april 2013   Geachte collega, Heden zagen wij bovengenoemde patient(e) op de polikliniek KNO. RELEVANTE VOORGESCHIEDENIS:Diagnoses:Diabetes type II. ANAMNESE:Algemeen: Sinds ongeveer 2 maanden hees. Geen andere klachten. Etengaat goed, niet afgevallen, geen stridor. Geen pijn.In Martini Ziekenhuis biopt rechte ware stemplooi toondeplaveiselcelcarcinoom.Medicatie/intoxicatie:Roken: shag, rookt al 50 jaren, rookt 15 per dag, packyears: 37.5.Alcohol: 1 eenheden per dag.Medicatie: Simvastatine, Glimeperide, Enalapril, Metformine, Lantus. LICHAMELIJK ONDERZOEK: Oren: Gaaf, grijs, glanzend trommelvlies / luchthoudend middenoor. Neus:Opmerking: Congestief slijmvlies beiderzijds. Nasopharynx: Niet afwijkend. Mondholte: Normaal. Pharynx/larynx:Onderzoek middels: flexibele scopie.Opmerking: Tumorproces op de gehele lengte van de rechte warestemplooi, uitbreiding Morgagni niet te beoordelen, voorstecommissuur lijkt vrij. Verminderd bewegelijkheid rechts i.v.m.tumorbulk. Sinus piriformis vrij, tongbasis vrij. Halslymfomen: Geen palpabele. CONCLUSIE:CT2b of T3N0Mx (afhankelijk van paraglottische uitbreiding) glottischlarynxcarcinoom rechts. BELEID:Op opnamelijst voor:Directe laryngoscopie, risico's: nabloeding, infectie, heesheid,tandlaesie. De risico's zijn wel besproken. Klinische opname, algehele anesthesie. Aanvullende aanvragen: consult MHK, consult radiotherapie, lab.diagnostiek, CT hals, CT thorax, beleid na bespreking hoofd halsoncologie werkgroep. REVISIE:Bij ingreep Met vriendelijke groet,  XXXXXXX, KNO-artsHoofdbehandelaar: XXXXXX, KNO-arts      - Alleen bij wijzigingen in het beleid en/of ziekteverloop      ontvangt u opnieuw bericht    - Indien u de brief elektronisch ontvangt worden de bijlagen      separaat per post/fax aan u gestuurd  |
|  |

|  |
| --- |
| Auteur: VVVV van, WSpecialisme: Interne Endocrinologie Datum: x mei 20xxKenmerk: ----------/…………. Geachte collega, In verband met een nodulaire afwijking in de schildklier zag ik mevr.AAAAA-van CCCCCC gisteren op mijn spreekuur. Voorgeschiedenis:1996 varices benen2003 uterusprolaps en stressincontinentie2007 cyste schildklier  2012 intra-cavitaire poliep bij menorrhagisch bloedverlies waarvoortherapeutisch hysteroscopie. Medicatie: ferrofumaraat en bij bloedingen cyclokapron z.n. Anamnese: nodulaire afwijking sinds enkele maanden, geen progressievegroei. Wel heeft ze er last van bij slikken. Eerder was er op dezelfdeplaats sprake van een cysteuze afwijking die na punctie dus ongeveer 6jaar is weggebleven. Ze opteert voor een hernieuwde punctie. Er zijngeen evidente risicofactoren voor een schildkliercarcinoom. Lichamelijk onderzoek:in linker schildklierkwab nabij de aanhechting van de SCM is zeersubtiel een nodulaire afwijking te voelen, met onduidelijkeconsistentie, en een geschatte grootte van nog geen cm. Geenpathologische lymfomen in de hals. Lab onderzoek: huisartsen lab januari 2013 TSH 0.97 mE/L. Bespreking: zeer kleine schildklierafwijking met subjectievemechanische bezwaren. Waarschijnlijk recidief na 6 jaar. Een echo meteen therapeutische punctie is aangevraagd. De cytologie die zeerwaarschijnlijk benigne is zal in een afsluitend consult telefonischmet haar besproken worden. Revisie: 17-06-2013 Met vriendelijke groet, Dr. W. van VVVV, internist-endocrinoloog. Deze brief is digitaal geaccordeerd. |