

Editoriaal

Beste leden,

Deze vakantieperiode is zoals gewoonlijk een komkommertijd wat betreft het nieuws. Daarom heeft onze redactie het goed geacht even terug te komen op onze speciale bijeenkomst van 27 april jongstleden.

En het was geweldig !

Er is trouwens reeds op de volgende bijeenkomst van de patiëntenraad beslist om deze manifestatie jaarlijks te herhalen. We houden u zeker op de hoogte. Voor mij is het ook een gelegenheid om, in deze speciale News, iedereen nogmaals te bedanken voor hetgeen ze die dag gedaan hebben om het welslagen ervan te verzekeren. Er zijn ook verschillende zaken ontsproten uit deze bijeenkomst. Daar zullen we zeker aan werken en u van de resultaten hiervan op de hoogte houden.

Mijn oprechte groeten,

Germain Beckers
Voorzitter

- Inhoudstafel
- Pg. 1 • Editoriaal.
 - Pg. 2 • Groot succes voor de patiëntenbijeenkomst van BIPIB op 27 april 2013 in Brussel naar aanleiding van de "Week van het hartritme"
 - Pg. 4 • Het hartinfarct voor de plotse dood! ... hoe te vermijden.
 - Pg. 6 • Telemonitoring of de opvolging op afstand.
 - Pg. 8 • Een defibrillator op maat: 1, 2 of 3 sondes?
 - Pg. 10 • In de marge van patiëntenbijeenkomst : BipibCyclingTeam "Just 4 Fun"
 - PG. 12 • Vraag en antwoord.
 - Mailadres.
 - Jouw eigen bijdrage?

Groot succes voor de patiënten- bijeenkomst van BIPIB

op 27 april 2013
in Brussel
naar aanleiding
van de "Week
van het hartritme"

In het kader van de « Week van het hartritme » organiseerde BIPIB op zaterdag 27 april 2013 in Brussel een grote bijeenkomst van patiënten met een inwendige cardioverter defibrillator (ICD). Voor de allereerste keer organiseerde BIPIB een dergelijke samenkomst helemaal op eigen initiatief.

Meer dan zeventig personen kwamen bijeen in de prachtige lokalen van het bedrijf CBR (Groep Heidelberg Cement) in Watermaal-Bosvoorde om er een aantal voordrachten bij te wonen en onderling ervaringen uit te wisselen over de ICD.



De meeste aanwezigen waren patiënten en hun familieleden maar ook enkele geïnteresseerde studenten uit de medische sector waren van de partij alsook enkele professionals uit de industrie van medische technologieën. Sommige deelnemers hadden zich niet laten afschrikken door de afstand en waren helemaal uit Limburg en zelfs vanuit Bouillon naar Brussel gekomen.

Na een bondige voorstelling van BIPIB, zijn verschillende sprekers aan bod gekomen om een onderwerp naar keuze te behandelen over het dagelijkse leven met een ICD. Na elke voordracht was er tijd voor een interactieve vragenronde. Het grote succes en de duur van deze vragenronden bewezen nogmaals de belangstelling van patiënten voor een dergelijk initiatief.

Eerst kwam Dokter Peter Goethals van het Brussels Heart Center aan het woord. Hij had het over het onderwerp "Een ICD op maat: één - twee of drie sondes?". Vervolgens nam Professor Dokter Carlo de Asmundis van het UZ Brussel (Jette) het woord. Hij hield een voordracht over "Home Monitoring tussen Mythes en Legendes". Na een korte middagpauze was het de beurt aan Dokter Antoine de Meester van het Hôpital de Jolimont. Hij sprak over "L'infarctus du myocarde avant une mort subite! ... comment prévenir le(s) accident(s)". Tenslotte heeft Dokter Philippe Purnode van het Brussels Heart Center een uiteenzetting gegeven over "La télésurveillance des ICD". De aanwezigheid van enkele professionals uit de industrie van medische technologieën was heel nuttig om de antwoorden op meer technische vragen te kunnen ondersteunen.

De pauzes tussen de verschillende voordrachten waren voor de patiënten een unieke kans om onderling ervaringen uit te wisselen en contacten te leggen met de sprekers, de mensen uit de industrie en de vrijwilligers van BIPIB.

Door het grote succes is het met een beetje vertraging op de voorziene timing dat onze voorzitter, Germain Beckers, een kleine slot-toespraak heeft gehouden om deze dag af te sluiten. Hij nodigde hierbij alle aanwezige personen uit om de praten in hun omgeving over hun defibrillator en over BIPIB om op die manier onze problematiek meer bekend te maken bij het grote publiek.

Met de uitgave van deze News wil BIPIB al haar leden en andere belangstellenden een korte samenvatting bezorgen van de verschillende voordrachten. Wij hopen binnenkort andere, gelijkaardige bijeenkomsten te kunnen organiseren in andere streken van het land om zo nog meer patiënten te kunnen bereiken.

Dit soort aangelegenheden is voor ons een unieke manier om het belang en het nut van ons bestaan te tonen aan de talrijke actoren in de medische wereld, die ons nog niet kennen of die onze werking nog niet actief ondersteunen. We hebben hen namelijk broodnodig om ons kenbaar te maken bij zo veel mogelijk dragers van een ICD.

Graag willen we tot slot het bedrijf CBR (groep Heidelberg Cement) bedanken voor de vriendelijke ter beschikkingstelling van haar lokalen voor de organisatie van deze dag.





Het hartinfarct voor de plotse dood!

*(Samenvatting van de voordracht
door dokter Antoine de Meester)*

Hoe te vermijden.



Het hartinfarct is de hoofdoorzaak van een plotse dood in de Westerse wereld.

De kroonslagaders, dit zijn de bloedvaten die de zuurstof voeren naar het hart, slibben dicht door plaques die bestaan uit een opeenhoping van vet.

Sommige plaques worden na verloop van tijd broos en kunnen openbreken waardoor dit een verstopping van de slagaders kan veroorzaken.

Aldus kan de slagader de hartspier niet meer van bloed voorzien. Het gevolg is een hartaanval.



Als de bloedstroom niet snel herstel wordt, dan sterft een deel van het hartweefsel (hartinfarct met littekenweefsel). De plotse dood bij een hartaanval wordt veroorzaakt door een aritmie van het hart: dit is kamervibratie waardoor de pompfunctie stilvalt. Eén op de 20 patiënten overleeft een plotse dood, de rest overlijdt vooraleer ze het ziekenhuis bereiken.

80% van de gevallen van plotse dood worden veroorzaakt door een aandoening van kroonslagaders, 15% is te wijten aan een hartspierziekte en 5% heeft een andere oorzaak. De overlevingskans hangt af van de snelheid waarmee men het ziekenhuis bereikt.

Belangrijk is dus om zo snel mogelijk een ziekenwagen te bellen. In de ziekenwagen wordt een ECG (elektrocardiogram) gemaakt dat via de GSM naar de kliniek wordt gezonden zodat het verzorgend personeel zich kan voorbereiden op de aankomst van de patiënt.

Het risico op tachycardie of fibrillatie is het grootst de eerste 48 uur na het infarct.

Gelukkig is in de loop der jaren het aantal sterfgevallen na een infarct sterk gedaald dankzij de bewaking met telemetrie wegens de hartbewaking tijdens de eerste 48 uur, de angioplastiek of het dotteren van de hartbloedvaten, het plaatsen van stents en het toedienen van bètablokkers.



Toch is voorkomen nog altijd beter dan genezen en is er veelvuldig onderzoek gedaan naar preventie en tekenen die een voorbode zijn van een hartaanval. Mirakeltesten om infarcten op te sporen bestaan niet want de oorzaken van een infarct zijn multifactorieel en onder andere afhankelijk van de leeftijd, het geslacht, erfelijke factoren...

Het is evenwel mogelijk om de risico's te beperken, de meest gekende risicofactoren zijn de volgende:

- *Tabak*
- *Hoge bloeddruk. 10 tot 20% van de bevolking lijdt aan hoge bloeddruk en deze is hoofdoorzaak van tal van cardiale, renale en vasculaire complicaties.*
- *Een te hoog "slecht" LDL-cholesterolgehalte in het bloed. Cholesterol wordt gedeeltelijk aangemaakt in ons eigen lichaam (er zijn mensen die van nature uit veel cholesterol aanmaken) en wordt gedeeltelijk opgenomen uit ons voedsel. Bepaalde ziektes zoals nierinsufficiëntie en een verminderde schildklierwerking kunnen zorgen voor een verhoogd cholesterol evenals bepaalde medicijnen. Het is bewezen dat het gehalte aan slecht cholesterol in verhouding staat met de kans op het verkrijgen van een infarct.*
- *Diabetes. Er zijn 2 types diabetes, type I of juveniele diabetes en type II diabetes. Type II diabetes ruikt op in de Westerse wereld. Diabetes veroorzaakt meerdere slagader-aandoeningen van variabele ernst.*
- *Overgewicht vanaf een BMI groter dan 30. Overgewicht gaat hand in hand met diabetes, een hoge bloeddruk, een verhoogd cholesterolgehalte.*

Nu we de risicofactoren kennen, rijst de vraag: "wat kunnen we doen om deze risico's in te dijken?"

- *Stop met roken.*
- *Hou uw gewicht in de gaten: Een BMI lager dan 25-30 wordt aangeraden*
- *Beweeg regelmatig. Een aanrader: 20 min bewegen 3 maal per week.*
- *Eet gezond: veel fruit, groente en vis, vermijd vetten en beperk het zoutgebruik.*
- *Vermijd onnodige stress ;-)*



Telemonitoring of de opvolging op afstand.

De voordrachten van professor dokter Carlo de Asmundis en dokter Philippe Purnode behandelden een gelijkaardig thema. Een deel van hun uiteenzetting was overlappend en wij verkozen daarom de beide presentaties samen te vatten in één verslag.



Telemonitoring is een moderne vorm van medische praktijk waarbij de patiënt op afstand wordt gevolgd door informatie-technologie.

Toegepast op ICD-patiënten worden de gegevens van de defibrillator op gepaste tijden doorgestuurd naar een centrale/ziekenhuis/dokter waar ze verder beoordeeld worden.

Tele-monitoring kan bij hartpatiënten gebruikt worden in verschillende omstandigheden: in de eerste plaats diagnostisch: denk maar aan de Holter, de meeste van de ICD-dragers welbekend. Dit toestel kan gedurende 24 uur de hartactiviteiten registreren buiten een ziekenhuis, in de normale omgeving van een patiënt.

Om een nog beter beeld van de hartactiviteit van de patiënt te kennen over een langere periode bestaat er het "event recorder systeem".

Dit systeem kan een geprogrammeerd aantal 'events' gedurende een korte tijd registreren.

Het toestel kan dan 2 weken bij de patiënt blijven en een registratie van een mogelijk aritmie is dan veel waarschijnlijker. In Frankrijk kent men ook consultatie op afstand, dit is noodzakelijk door de grote oppervlakte van het land en het feit dat ziekenhuizen niet altijd in de directe omgeving zijn. In Frankrijk is tele-consulting wettelijk geregeld, in België niet.

Behalve voor diagnostische doeleinden wordt tele-monitoring ook gebruikt in spoedgevallen: een tele-elektrocardiogram, opgenomen in de ziekenwagen wordt naar de smart Phone van de cardioloog van wacht verstuurd.

Deze werkwijze kan er voor zorgen dat een infarct geen littekenweefsel veroorzaakt als binnen een bepaalde tijd (max 6 uur, optimaal binnen het uur na het infarct) het verstopte bloedvat wordt vrijgemaakt.

Het meest van al kennen we de tele-monitoring van de ingeplante ICD: op gezette tijden worden de registraties van de hartactiviteiten doorgezonden naar een centrum verantwoordelijk voor de medische opvolging of voor de dokter van wacht. De voordelen van dit doorzenden zijn legio:

- Opvolgen van de ziekte-evolutie: bij een trage ziekte-evolutie kan de consultatiefrequentie verminderd worden, bij een snellere ziekte-evolutie kan de patiënt vlugger opgeroepen worden om naar het onderzoek te komen.
- Door het rechtstreeks opvolgen van de hartfrequentie kan de tijd tussen 2 opeenvolgende controles verminderd worden en kan de medicatie vlugger aangepast worden.
- De efficiëntie van de medische therapie kan vlugger opgevolgd worden.
- De technische controle van het ICD-toestel is online zichtbaar: controle van het toestel, vroegtijdig opsporen van draaddefecten, batterijstatus...

Belangrijk om weten en geruststellend is dat de tele-monitoring niet toelaat het toestel te herprogrammeren of in te stellen, hiervoor dient men nog altijd op consult te komen.

Hoe werkt nu de tele-monitoring?

De geïmplanteerde defibrillator zendt de opgeslagen informatie naar een transmissietoestel dat meestal in de slaapkamer van de patiënt staat.

Dit gebeurt door radiogolven die uitgezonden worden via een antenne in de defibrillator op een hiervoor gereserveerde bandbreedte. Het transmissietoestel verstuurt op regelmatige tijdstippen via het mobiele netwerk de gegevens naar een beveiligde server. Dringende gegevens worden vanuit de server doorgemailed naar een specialist die dan de patiënt kan contacteren. Voor niet dringende gegevens moet de specialist op de server inloggen. De gegevens van de patiënt kunnen dagelijks, wekelijks of maandelijks doorgestuurd worden, afhankelijk van de programmatie. Niet kritische info kunnen zijn: de batterij-status, klinische info van dagelijkse activiteit, bepaalde hartritmestoornissen. Dringende info die per email naar de specialist verstuurd wordt zijn o.a. levensbedreigende hartritmestoornissen en dreigende hartdecompensatie. Tele-monitoring biedt verschillende voordelen:

- De technische controle van het toestel is continu.
- Hartfalen kan zeer vlug gedetecteerd worden.
- Persoonlijke behandeling wordt continu opgevolgd.
- De frequentie van consultatie kan verminderd worden.
- Er is een uitgebreide follow-up.
- Geruststelling van de patiënt.
- Tele-monitoring volgt niet alleen de hartfrequentie op, maar meet ook de impedantie. Deze impedantie is een maat voor de toestand van de longen: een veranderde impedantie kan wijzen op longoedeem.

Wat biedt de toekomst?

De mogelijkheid zal bestaan om via de smart Phone de gegevens naar de server door te sturen zodat een vast toestel in de kamer niet meer noodzakelijk is. In Japan zijn er proeven bezig waarbij een GPS-locatie doorgezonden wordt: in zeer drukbevolkte steden kan dit nuttig zijn voor het opsporen van een patiënt die dringende hulp nodig heeft.

Hoe is de toestand in België?

In België zijn er voor de patiënten geen extra kosten verbonden voor een ICD met tele-monitoring. Het systeem wordt gratis door de firma's ter beschikking gesteld. In tegenstelling echter tot andere landen wordt het opvolgen van de doorgezonden gegevens door het RIZIV niet terugbetaald en hangt het van de individuele ziekenhuizen af of ze "gratis" mensen ter beschikking stellen om de servergegevens op te volgen. Er is in België immers nog geen wettelijk kader voor consultatie op afstand en er is ook wettelijk nog niets voorzien over hoe dergelijke gegevens beheerd en opgevolgd moeten worden en bij wie welke verantwoordelijkheden liggen.

Het gebrek aan een wettelijk kader voor tele-transmissie in België maakt dat deze revolutionaire manier van opvolgen afhangt van de goodwill en de financiële status van de ziekenhuizen.

(Samenvatting van de voordracht
door dokter Peter Goethals)

Een defibrillator op maat: 1, 2 of 3 sondes?



1) Wat is het onderscheid tussen voorkamerfibrillatie en kamerfibrillatie?

Fibrillatie is een toestand van chaotische elektrische activatie van de hartkamers.

Bij kamerfibrillatie ontstaat onmiddellijk circulatiestilstand.

Zonder een inwendige defibrillator is de overlevingskans buiten het ziekenhuis klein. Deze is groter als hartmassage en een snelle externe defibrillatie worden toegepast.

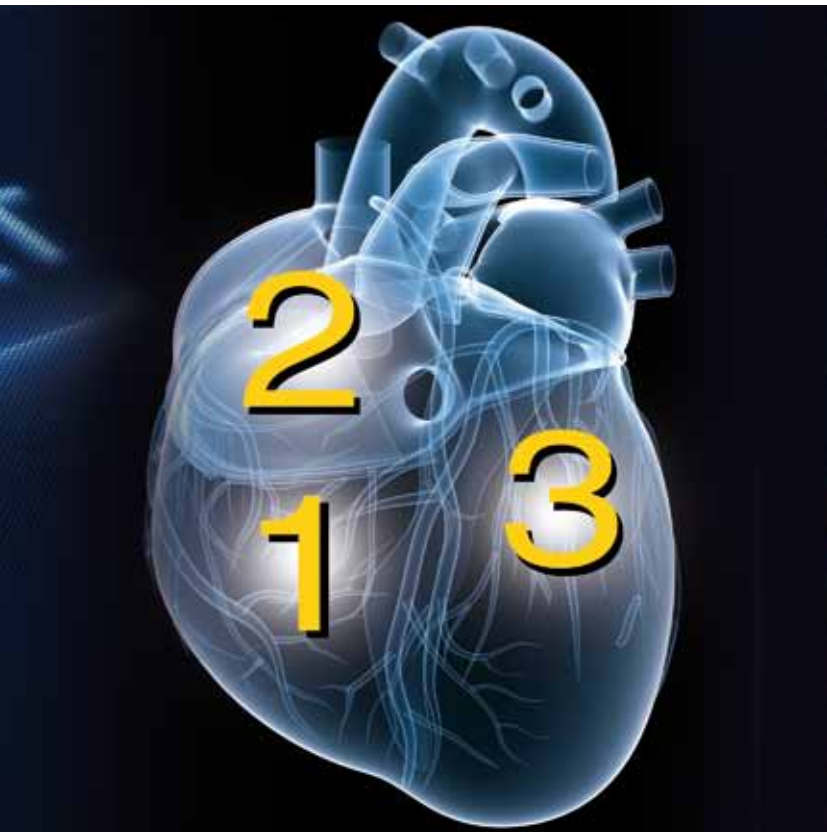
Een defibrillator is aangewezen bij patiënten die levens-bedreigende hartritmestoornissen doormaakten, niet te wijten aan een acuut hartinfarct of aan een reversibele of voorbijgaande oorzaak.

Ook risicopatiënten komen dikwijls in aanmerking voor een "preventieve" implantatie.

Bij voorkamerfibrillatie (VKF) treedt geen circulatiestilstand op maar het hartritme wordt onregelmatig en is meestal snel waarbij 2 op 3 personen klachten hebben. Als VKF niet op tijd wordt behandeld is er kans op klontervorming in het hart en kans op een cerebrovasculair accident (CVA).

2) Waarom doet men hartritmestoornissen?

- **In 80 %** van de gevallen betreft het kroonslagadervernauwing waarbij een bloedvat, dat de hartspier bevoeit, wordt afgesloten door een klont met een hartaanval als gevolg. Nog vandaag overlijdt 1 op 3 van de patiënten met een hartaanval nog voor hij in het ziekenhuis wordt opgenomen. Het afgesloten bloedvat kan met een spoeddilatatie worden open gemaakt, dit beschermt niet alleen tegen levensbedreigende hartritmestoornissen maar beperkt ook de schade aan de hartspier en de laattijdig littekenvorming. Op de plaats van het litteken is de geleiding vertraagd en dit kan laattijdig aanleiding geven tot kamertachycardie en kamerfibrillatie.
- **In 10 tot 15%** van de gevallen betreft het een afwijking van de hartspier. Deze kan vergroot zijn ('gedilateerde cardiomyopathie') of deze kan verdikt zijn (hypertrofe cardiomyopathie).
- **In <5%** van de gevallen gaat het om een aangeboren stoornis van de ionenkanalen van de hartcellen die aanleiding geeft tot een "elektrische instabiliteit" van de hartspier.



3) Werking van de interne cardioverter defibrillator (ICD).

De defibrillator herkent en meet het ritme in de rechterventrikel (rechterkamer), er wordt bijgevolg altijd een sonde in de rechterventrikel aangebracht. Deze sonde is goed geïsoleerd en bestaat uit 2 delen: een deel met hoog voltage, verantwoordelijk voor het geven van de shock, en een deel met laag voltage dat zorgt voor de hartstimulatie (pacen) en voor de analyse van het eigen hartritme.

- **De functie van 1 sonde** in de rechterventrikel is bijgevolg antitachycardie pacen bij versneld kamerritme in de hoop het ritme, pijnloos, te doen dalen of het toedienen van een shock bij kamervibratie.
Door de pacingfunctie zorgt de sonde er echter ook voor dat het hartritme niet te traag wordt.
- **Bij een toestel met 2 sondes** zit de tweede sonde in de voorkamer. Deze 2 sondes worden geplaatst indien het hartritme in rust te traag is (bijvoorbeeld door een ziekte aan de sinusknoop die de natuurlijke gangmaker van het hart is). Dit te traag hartritme wordt dan opgevangen door stimulatie van de voorkamer door de 2de sonde.

- **Een ICD met 3 sondes** wordt geplaatst bij bepaalde patiënten die lijden aan hartverzwakking, de derde sonde wordt ter hoogte van de linkerkamer geplaatst. Bepaalde risicopatiënten met een groot hart wegens een hartziekte of een hartinfarct waar de linkerkamerfunctie is verminderd en waarbij de linkerkamer asynchroon samentrekt (=niet 'in faze' met de rechterkamer) komen in aanmerking. De defibrillator met 3 sondes verbetert dan ook meestal de kortademigheid bij deze geselecteerde patiënten.
Problematiek van de sondes: de sondes bestaan uit een metaalgedeelte dat voor de geleiding zorgt en een isolatielaagje. Een defect aan de sondes kan ongewenste schokken uitlokken. Defecte sondes kunnen ontdekt worden tijdens de controle of eventueel door een waarschuwing van het toestel (toon/trillen).

4) Toekomst:

men doet onderzoek naar defibrillatoren die volledig onderhuids geplaatst worden en waarbij de sondes ook onderhuids blijven.

In de marge van patiëntenbijeenkomst:



BipibCyclingTeam "Just 4 Fun"

Uit voorgaande verslagen en uit de reacties uit de zaal mag blijken hoe interessant de voordrachten van onze gastsprekers geweest zijn. Wij menen met enige fierheid te mogen spreken van een groot succes in het bereiken van onze informatieve rol.

Tijdens de koffiepauzes hebben wij kunnen vaststellen dat patiënten onderling gemakkelijk contact met elkaar leggen en niet aarzelen hun lotgevallen met elkaar te bespreken. Ook contacten met onze specialisten werden zeker niet geschuwd. Wij wensen langs deze weg onze gasten uit de medische wereld en van de industrie nogmaals hartelijk te bedanken voor hun bereidwilligheid, openheid en toegankelijkheid.

Onze doelstellingen gaan ondertussen nog een eindje verder.

Patiënten hebben er echt baat bij elkaar te ontmoeten en van gedachten te kunnen wisselen, maar moet dit altijd in het kader van officiële samenkomsten, zoals hier het geval was? Zou dit niet mogelijk zijn bij andere gelegenheden...

Tijdens een van de koffiepauzes stapte een patiënt naar ons toe met zijn plan om een wielclub op te richten voor dragers van een geïmplanteerde defibrillator. BIPIB kan natuurlijk het beheer en de organisaties van een dergelijke club niet op zich nemen, maar steunt wel het project "BipibCycling Team Just 4 Fun". De organisatoren dienen hun eigen sponsors te vinden, hun eventuele bekende peter en voornamelijk patiënten die met hen willen meereizen.

Als we de geruchtenmolen mogen geloven, zijn bepaalde media geïnteresseerd om dit initiatief van nabij te volgen ...

De Raad van Bestuur van BIPIB heeft alvast besloten om dit initiatief te steunen: op de uitrusting zal het officiële logo van BIPIB mogen prijken en de club wordt ook alle steun gegeven voor het verspreiden van ons promotiemateriaal (folders, affiches, vlaggen, ...).

Geïnteresseerden mogen gerust hun gegevens aan ons bekend maken.

Wij geven de informatie door aan de verantwoordelijken, die niet zullen aarzelen om verdere rechtstreekse contacten te leggen.

Ook wie een soortgelijk initiatief wenst te nemen, mag zich bij ons melden. Een oproep in onze News en op onze website is wel het minste dat wij met graagte kunnen doen.

ICD-dragers te lande: verenig u!



vraag en

De opvolging van een patiënt op afstand of tele-monitoring werd in onze voorgaande uitgaven van de News nog niet behandeld. Dat er verschillende vragen werden gesteld na beide voordrachten over deze onderwerpen, was dus wel te verwachten. De meeste antwoorden werden tijdens de voordrachten gegeven, maar sommige vragen vroegen om verduidelijking. Het waren vragen van praktische aard en daarom niet minder interessant.

Moet ik het transmittertoestel meenemen als ik op reis ga?

Voor een korte trip is dit meestal niet nodig, bij de terugkeer thuis worden alle opgeslagen gegevens doorgestuurd naar de server. Gaat men voor een langere periode op reis dan kan, na overleg met de dokter, de transmitter meegenomen worden, ook op het vliegtuig, maar niet in de handbagage. Bovendien moet men zich ervan vergewissen dat het toestel compatibel is met het lokale zendstelsel.

Als ik overdag een shock krijg, moet ik dan tot 's nachts wachten vooraleer de gegevens doorgezonden worden?

Als je in de buurt van je transmitter bent, worden dringende gegevens onmiddellijk doorgezonden, onafhankelijk van het uur.

MAILADRES

De communicatie met onze leden verloopt meer en meer via elektronische weg.

Als je bij je inschrijving over nog geen e-mail adres beschikte, maar er ondertussen een hebt, laat je ons dit het best weten aan ons (nieuwe) mailadres: info@bipib.be.

Voor de verzending van de News verandert er niets: je zal die nog altijd langs de normale post ontvangen.

JOUW EIGEN BIJDRAGE ?

- Wil je een reactie kwijt op een eerder artikel ?
- Moet er je iets van het hart ?
- Heb je zelf wat meegemaakt dat je aan anderen wil vertellen ?
- Heb je een vraag of zelfs meerdere ?
- Zou je graag eens jouw verhaal doen ?

Aarzel niet! BIPIB is er voor jou en ons tijdschrift staat klaar om je wedervaren mee te verspreiden. Je kan ons vanaf nu bereiken op news@bipib.be of via het gekende adres van ons secretariaat. Onze redactie staat paraat om je vragen, je verhaal of je mening wereldkundig te maken. Wij nemen geen anonieme berichten op, maar respecteren wel je anonimiteit als je ons dit kenbaar maakt.



... antwoord

Hoe zit het eigenlijk met het medisch geheim en de bescherming van mijn persoonlijke levenssfeer?

Eerst en vooral staat het de patiënt altijd vrij om van tele-monitoring af te zien en te weigeren, maar privacy wordt zoveel mogelijk gegarandeerd door de volgende maatregelen: De transmissie van de gegevens gebeurt via speciaal gereserveerde bandbreedten en beveiligde e-mails. De berichten zijn gecrypteerd (gecodeerd). De beveiligde servers van de fabrikanten kunnen aan de hand van een unieke code nagaan welke cardiologische dienst of arts moet verwittigd worden, maar zij kennen de identiteit van de patiënt zelf niet. Het zal daarom altijd de arts of uw cardiologische dienst, die instaat voor uw opvolging, zijn die met u contact zal opnemen. Vanop afstand kan men de technische gegevens van de ICD, de regelingen en de medische gebeurtenissen aflezen, zoals men dit doet bij een klassieke controle van uw defibrillator maar het uitschakelen van de defibrillator en de verandering van de ingestelde parameters kunnen enkel en alleen in het opvolgingscentrum dat beschikt over de geschikte regelapparatuur en dus nooit vanop afstand.

LET BIJ ONZE BRIEFWISSELINGEN NAAR DE KLEUR VAN DE SYMBOLEN.

Op het etiket van je omslag, waarop je naam en adres vermeld staat, zal je naast je lidnummer een rood of groen symbooltje kunnen opmerken en de betekenis daarvan is heel eenvoudig:

- Groen:** wij hebben je lidgeld ontvangen of je geniet van een gratis lidmaatschap gedurende het eerste kalenderjaar van je aansluiting.
- Rood:** je hebt je lidmaatschap voor het lopende jaar nog niet betaald. **Heb je een rood symbooltje?** Regel zo snel mogelijk je lidmaatschap (12 € op rekening BE87 0682 5048 0194 van BIPIB vzw met vermelding van je lidnummer) want het zou al te spijtig zijn om weldra onze interessante informatie te moeten missen.

Contacteer ons:

vzw BIPIB
Koning Albert I-laan, 64
1780 Wemmel

Tél. : 0487.339.849

e-mail : info@bipib.be
www.bipib.be

Rekening Nr : BE87.0682.5048.0194



Verant. uitg.: Germain Beckers, Legekerkweg, 2 - B-2223 Schriek

Redactie:

Alain Dumont,
Alex Devalckeneer,
André Junqué,
Catherine Majot,
Philippe Bosman.

Met dank aan:

Pr. Dr. Carlo de Asmundis
Dr. Antoine de Meester
Dr. Philippe Purnode
Dr. Peter Goethals,
Nicole Hamelrijck
Tiziana Devalckeneer
Jean-Claude Grafé,
De firma's : Biotronik,
Boston Scientific, CBR,
Medtronic,
St Jude Medical, Sorin.