



news

19



Editoriaal

Beste leden,

We zijn weer eens beland in de donkerste maanden van het jaar. De maanden waar de fysieke activiteiten op een lager pitje komen te staan. Dit geeft ons uiteraard de tijd om eens grondiger na te denken over andere zaken.

Wat mij de laatste dagen en weken vooral is opgevallen is dat er weer verschillende jonge mensen (meestal sporters) getroffen werden door plotse dood. Niettegenstaande het vaak gebeurde in de sportomgeving zelf, waren er blijkbaar weinig of geen personen aanwezig die deze ongelukkige mensen konden helpen. Het resultaat was dan ook vaak fataal.

Eerst dacht ik dat eventuele reanimatie iets was voor jongere mensen, maar nee, op enkele bijeenkomsten van de Belgische Cardiologische Liga waar ze reddende handen opnamen in de orde van de "Hartridders", zag ik regelmatig redders verschijnen die al een zekere leeftijd hadden. Een dame van 89 jaar, bijvoorbeeld, redde in hun huiskamer haar echtgenoot van 92 jaar.

Ik ben er dus echt van overtuigd dat wij als patiënten met een defibrillator, van welke ouderdom dan ook, er waarschijnlijk ook alle baat bij hebben om deze reddende handelingen te kennen. Ga eens op zoek in uw buurt, vele gemeentes en ook afdelingen van het Rode Kruis kunnen je aan de nodige informatie helpen. Hebben ze die spijtig genoeg niet, is het misschien de manier om ze eens wakker te schudden.

Zo dat was mijn denkwerk voor deze keer. Ik wens jullie veel succes en de beste groeten van jullie voorzitter.

Verder wens ik jullie veel leesgenot.

*Met hartelijke groeten, jullie voorzitter
Germain Beckers*

- Inhoudssta**
- Pg. 1 • Editoriaal
 - Pg. 2 • De implantatie van een defibrillator en de informatie hieromtrent.
 - Pg. 4 • Het Opvolgingsbureau voor de Tarifiering Schuldsaldoverzekering.
 - Pg. 5 • Je hart laten screenen via een app op doktersvoorschrift?
 - Pg. 6 • Verslag van de informatiesessie in Brugge.
 - pg. 9 • De Galenusprijs voor "nieuwe ICD-technologie".
 - pg. 10 • Een patiënt vertelt.
 - pg. 11 • Reanimatielessen.
 - pg. 12 • Het hart van een astronaut.
 - pg. 13 • De nieuwe antistollingsmiddelen.
 - pg. 14 • Wijziging van de statuten van BIPIB
 - pg. 15 • Vraag en antwoord.



De implantatie van een defibrillator en de informatie hieromtrent.

Welke patiënt, waarbij een defibrillator werd geïmplanteerd of die op het punt staat er een te ontvangen, heeft zich niet een hele reeks vragen gesteld? Wat gebeurt er met mij? Loopt mijn leven gevaar? Is de operatie pijnlijk? Wat zijn de gevolgen voor mijn toekomstig leven? Kan ik mijn beroepsactiviteiten als voordien verder zetten? Mag ik nog sporten? Hoe zit het voor mijn intieme leven? Mag ik nog een wagen besturen?... in feite: wat is een defibrillator, hoe werkt dit toestel, hoe gebeurt de medische opvolging?



Het gaat hierbij om zeer natuurlijke vragen die ons heel vaak gesteld worden.

En nog andere vragen duiken op. Onze leden van de Raad van Patiënten - zij kregen allen een defibrillator ingeplant – zijn ook door deze fases van ongerustheid en onzekerheid gegaan. Samen hebben zij zich afgevraagd:

1. waarom worden patiënten niet beter ingelicht door de medisch, verzorgende sector met de cardiologen in de eerste plaats?
2. waarom zouden wij ons niet nuttig maken om geïmplanteerde patiënten beter in te lichten. Wij beschikken immers over een eigen ervaring en ervaringen die ons door andere patiënten werden toevertrouwd.

De tussenkomst en bijdrage van het medisch personeel: In de krant "Le Soir" van 31 mei 2016 werd een hele pagina gewijd aan de relatie arts-patiënt en enkele opmerkingen kunnen ons tot verder nadenken doen stemmen.

- a. Het ingewikkelde woordgebruik: ondanks het vertrouwen van de patiënt in zijn arts, begrijpt een patiënt niet altijd alle gebruikte technische termen (dit geldt trouwens ook voor de bijsluiters van medicijnen).
- b. De medische wereld staat vaak onder druk. De duurtijd van de consultaties, vaak beperkt, heeft een impact op het niveau van begrip door patiënten. Men mag hiervoor de artsen niet met de vinger wijzen. Het is niet gemakkelijk om in een kort tijdsbestek vereenvoudigde uitleg te verschaffen over soms ingewikkelde zaken, die verband houden met de implantatie van een defibrillator en die bovendien van patiënt tot patiënt kunnen verschillen. Voor een belangrijk deel van de patiënten is het een boodschap die eenvoudig moet gehouden worden, enkele keren herhaald worden voor een goed begrip en ... geruststellend zijn.

De tussenkomst van onze vereniging.

In 2007 nam de BeHRA (vereniging van cardiologen-elektrofysiologen, gespecialiseerd in hartritmestoornissen) het initiatief patiënten, geïmplanteerd met een ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator), uit te nodigen voor een samenkomst. Ongeveer 400 personen gingen hierop in en ontmoetten vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen uit Nederland (STIN) en Frankrijk (APODEC). Vrij vlug bleek dat iedere aanwezige wel met vragen bleef zitten en dat de noodzaak tot de oprichting van een gelijkaardige patiëntenvereniging in België zich opdrong. BIPIB (Belgische ICD Patiënten, Patients ICD Belges) zag het levenslicht in 2008. Vanaf het prille begin bestond de eerste doelstelling van onze vereniging erin 'inlichtingen te geven over het leven met een defibrillator'. BIPIB werd op deze manier een informatiecentrum voor alle vragen die patiënten, toekomstige patiënten, hun familie en hun naasten zich zouden stellen. Hoe komt BIPIB deze vraag tegemoet?

Een informatieblad 'NEWS'

verschijnt ongeveer drie maal per jaar. Alle praktische, medische en technische vragen komen erin aan bod. Met de hulp van cardiologen en de specialisten uit de medische industrie geven wij antwoorden op de meest pertinente vragen. Wij ruimen ook graag een plaatsje voor het relaas van het wedervaren van patiënten.

Lokale informatiesessies

kennen een groeiend succes (bij de laatste sessie in Brugge in april hebben wij volk moeten weigeren). Wij organiseren dergelijke sessies in samenwerking met en vaak in het ziekenhuis waar de implantaties plaatsvinden. Cardiologen komen er tijdens een spreekbeurt uitleg geven over bepaalde thema's en staan nadien ter beschikking voor het beantwoorden van vragen. Alle aanwezigen horen op deze manier antwoorden op vragen die ze zichzelf ook afvroegen, maar nooit de gelegenheid hadden ze te stellen.

Een website werd opgericht

waarin eerst en vooral onze vereniging wordt voorgesteld. Komende lokale informatiesessies worden er aangekondigd. Ook daar is er de mogelijkheid tot het stellen van vragen waarop men snel een antwoord wenst. Men kan er alle reeds gepubliceerde "News" magazines raadplegen (wij zijn al aan nummer 19). Publicaties van studies en eindwerken van studenten in de verpleegkunde en de sociologie geven bijkomende nuttige informatie.

Telefoon of een eenvoudige brief

kunnen eveneens aangewend worden voor mensen die geen toegang hebben tot informatica.

En... vergeten wij ook niet te vermelden dat wij brochures en affiches verspreiden in de hospitalen en bij de artsen. Kortom: daar waar mogelijk staan wij klaar om een drager van een ICD verder te helpen.



Het Opvolgingsbureau voor de Tarifiering Schuldsaldoverzekering onderzoekt niet grondig genoeg

Om patiënten met verhoogde risico's toch meer kansen te bieden op een schuldsaldoverzekering, werd begin vorig jaar de 'wet Partyka – Lalieux' van kracht. Wij verwijzen hiervoor ook naar ons artikel op bladzijde 12 in onze News 16.

Verzekeraars kunnen niet verplicht worden een levensverzekering af te sluiten. Deze wet heeft daarom de bedoeling om het aanbod van verzekeraars transparanter te maken en hen aan te zetten hun criteria aan te passen aan de evolutie van de medische wetenschap. Tegelijk voorziet de wet in een solidariteitsmechanisme, waardoor de extra kosten voor hogere risico's gemeenschappelijk gedragen worden. De wet voorziet eveneens in de oprichting van een onafhankelijk orgaan dat op vraag van klanten nakijkt of voorgestelde bijpremies of weigeringen gerechtvaardigd zijn: het Opvolgingsbureau voor de Tarifiering Schuldsaldoverzekering.

CD&V-Kamerlid Leen Dierick besloot uit cijfers, die ze opvroeg bij Minister van Werk Kris Peeters (CD&V), dat 234 mensen vorig jaar geen schuldsaldoverzekering verkregen. In de meeste gevallen gaat het om mensen die lijden of leden aan kanker, hart- en vaatziekten of verschillende aandoeningen tegelijk. Volgens Kom op tegen Kanker gebeurt het vaak dat het Opvolgingsbureau voor de Tarifiering Schuldsaldoverzekering de dossiers van geweigerde patiënten niet grondig genoeg onderzoekt. Bovendien ligt het aantal, in tegenstelling tot de cijfers van Minister Peeters, in werkelijkheid veel hoger, want er wordt alleen rekening gehouden met de meldingen die het opvolgingsbureau kreeg. Bij het meldpunt van "Kom op tegen Kanker" kregen men vorig jaar 23 meldingen in verband met schuldsaldoverzekeringen en daaruit blijkt dat er ondanks de nieuwe wet van vorig jaar nog steeds te veel patiënten geweigerd worden of een te hoge premie moeten betalen.

Onder meer bij het Opvolgingsbureau is er dus nog veel ruimte tot verbetering: dossiers worden vaak niet grondig genoeg onderzocht en weigeringen worden in te algemene termen bevestigd. De verzekeringskantoren blijken vaak ook nog te weinig transparant te zijn in hun criteria.



Je hart laten screenen via een app op doktersvoorschrift?

Vanaf 40 jaar heeft men 1 kans op 4 om ooit voorkamerfibrillatie te krijgen. Alhoewel voorkamerfibrillatie (VKF) vaak gepaard gaat met klachten van hartkloppingen, tot duizeligheid en kortademigheid, zijn veel patiënten met voorkamerfibrillatie volledig klachtenvrij. Het is erg belangrijk dat er tijdig een diagnose wordt gesteld want zonder de juiste behandeling, vergroot VKF het risico op ernstige complicaties zoals een trombose of een beroerte.

Daarom organiseert de Belgian Heart Rhythm Association (BeHRA) sedert geruime tijd de Week van het Hartritme. Tijdens deze jaarlijkse sensibiliseringscampagne kunnen mensen zich gratis laten testen op VKF in één van de talrijke deelnemende ziekenhuizen over heel België.

In de Week van het Hartritme, die dit jaar liep van 30 mei tot en met woensdag 3 juni, kon je dus in verschillende ziekenhuizen in België gratis je hart laten testen. Ook in Roeselare kon dat! Bijzonder was dat AZ Delta deze hartscreenings in een niet-medische sfeer organiseerde. De dienst hartziekten van AZ Delta werkte hiervoor samen met een toekomstgerichte bibliotheek (Kenniscentrum ARHUS) omwille van de nauwe band die bibliotheken in het algemeen en ARHUS in het bijzonder met het ruime publiek hebben opgebouwd. De screenings gebeurden via een medische app. Niet zomaar een gezondheidsapp dus, maar een app op doktersvoorschrift: FibriCheck®. Op die manier willen ARHUS en AZ Delta de burgers en patiënten informeren dat vanaf 2018 naast pilletjes ook apps zullen kunnen voorgeschreven worden.

Hoewel deze medische app enkel op medisch voorschrift beschikbaar zal zijn in de App Store, kregen bezoekers nu dus de kans de app zelf uit te testen. Na de smartphone gedurende 60 seconden vast te houden met de vingertop op de camera, krijg je al mee of je al dan niet een hartritmeabnormiteit hebt. Als dat zo is, wordt dit bevestigd met een klassiek elektrocardiogram of EKG geïnterpreteerd door de in ARHUS aanwezige artsen of technici van AZ Delta. "Dankzij deze app kunnen artsen beter geïnformeerd handelen, kan er sneller worden ingegrepen bij abnormiteiten en kunnen zware gevolgen zoals beroertes vermeden worden", verduidelijkt dr. Karl Dujardin, diensthoofd hartziekten van AZ Delta.

FibriCheck® is een medische app voor de detectie van voorkamerfibrillatie op basis van kleurveranderingen in de vingertop gemeten door de camera van een smartphone. Deze innovatieve app werd ontwikkeld door de Limburgse start-up Qompium in samenwerking met de Mobile Health Unit van de Universiteit Hasselt en Ziekenhuis Oost-Limburg, en zal - na goedkeuring door de officiële Europese instanties - enkel op medisch voorschrift beschikbaar zijn in de App Store. Volgens een onderzoek van de Europese Unie zou mobile health tegen 2017 een besparing van 99 miljard euro kunnen betekenen. Waarvan 69 miljard door verbeterde preventie en 30 miljard door snellere diagnoses en het op afstand kunnen volgen van patiënten (GSMA 2013 - Socio-economic impact of mHealth – an assessment report for the European Union).

De dienst hartziekten van AZ Delta gelooft in de smartphonerevolutie. En er zijn natuurlijk nog meer medische apps (op voorschrift), maar ook gezondheidsapps (vrij al dan niet tegen betaling te verkrijgen) in het verschiet. De dienst hartziekten van AZ Delta wenst samen met Kenniscentrum ARHUS de relevante apps te screenen, te valideren en ondersteuning aan te bieden.





Verlag van de informatiesessie in Brugge.

De hospitalengroep AZ Sint-Jan van Brugge en Oostende organiseerde op 28 april een eerste informatieavond onder het thema "Leven met een defibrillator". De organisatie bleek een zeer groot succes want voor de eerste maal hebben wij moeten meemaken dat de zaal te klein was voor het hoge aantal geïnteresseerden.

De eerste tweehonderd inschrijvingen waren van een zijte verzekerd, maar vele anderen moesten ontgoocheld worden met de mededeling dat de zaal volzet was. Zij zullen bij een volgende sessie weer uitgenodigd worden.

Bij een ontvangst met broodjes en een drankje konden de deelnemers reeds in een gemoedelijke sfeer met elkaar kennis maken en ervaringen uitwisselen. De dokters Yves Vandekerckhove, Michael Wolf, Thomas Philips en professor René Tavernier stonden ondertussen paraat voor hun lezingen.

Dokter Vandekerckhove beet de spits af met een verwelkomingswoordje en begon daarna aan zijn uiteenzetting over de werking van een defibrillator. Hij legde hierbij uit dat een defibrillator dient om een levensbedreigende ventrikelfibrillatie te stoppen en op die manier de oorzaak van een hartstilstand te neutraliseren.

Het defibrilleren is een reanimatietechniek die al een 60-tal jaar gekend is. De eerste defibrillatoren waren externe toestellen. Zij worden in ziekenhuizen gebruikt. In het openbaar kan je ook automatische defibrillatoren vinden. Bij een hartstilstand is tijd zeer belangrijk: het defibrilleren moet binnen een korte tijds marge plaats vinden.

Daarom is men ook de weg ingeslagen van de inwendige defibrillator.

Dokter Mieczyslaw (Michel) Mirowski was de pionier die zich na dierproeven waagde aan het implanteren van een defibrillator bij mensen. De eerste succesvolle implantatie vondt plaats in februari 1980. Hoewel er in den beginne veel wantrouwen bestond over de doeltreffendheid ervan is het nu bewezen dat een inwendige defibrillator werkt en mensenlevens redt.

In België zijn er ondertussen 23 ziekenhuizen die met z'n allen jaarlijks ongeveer 2500 ICD's implanteren. Daarvan zijn er ongeveer 800 vervangende en 1700 nieuwe implantaties. De ICD-zorg wordt geregeld door het RIZIV dat een implantatiequotum vastlegt per centrum. Het budget en de verdeling wordt jaarlijks herbekeken.

Gezien het beperkte budget kan niet iedereen van deze therapie genieten.

Enkel wie een hoog risico op een levensbedreigende aritmie heeft, die niet corrigeerbaar is, zoals patiënten met bepaalde hartziekten en erfelijke aandoeningen komt dus in aanmerking. Patiënten, daarentegen, die een hartstilstand hebben overleefd door kamertachycardie of kamerfibrillatie te wijten aan een acuut infarct of een voorbijgaande reversiebele oorzaak (stoornissen bloedsamenstelling, nevenwerking

van geneesmiddelen of intoxicatie) komen niet aanmerking.

In zijn uiteenzetting onder de titel "Leven met een defibrillator" behandelde dokter Wolf 3 vragen: "Wat na een shock?", "Wat als een MRI-scan noodzakelijk is?" en "Wat is telemonitoring?"

Allvoren op deze vragen in te gaan, legde de dokter eerst de samenstelling en de werking van de defibrillator in enkele bewoordingen uit.

In het kastje van de ICD zitten de batterij en een computer. Aan het kastje worden één of meerdere draden (leads) bevestigd. Deze draden verbinden de ICD met het hart. De computer ontvangt via de leads niet alleen informatie over het hart, maar kan via diezelfde weg ook, na interpretatie van de ontvangen informatie, de nodige therapie afleveren. De batterij zorgt voor voeding van de computer en het eventueel afleveren van stroompulsen en stroomstoten.

Bij fibrillatie van de hartkamer kan de ICD de ventrikelfibrillatie op 2 manieren beëindigen: door pijnloze elektrische pulsen (ATP) of door een hoog energetische stroomstoot (shock). Een veel gestelde vraag van patiënten is dus: "Wat na een shock?"

Als algemene regel stelt dokter Wolf dat elke shock dient gerapporteerd te worden aan de hartspecialist. Wanneer er slechts één shock werd afgeleverd is de zaak niet dringend, maar wanneer er meerdere shocks zijn, dient men zich onmiddellijk naar het ziekenhuis te begeven. Een shock kan vele oorzaken hebben. Shocks worden daarom onderverdeeld als:

- onterecht: als het gaat om een leadfalen of een foutieve interpretatie van een goedaardige ritmestoornis.
- terecht: elektrische storm met al dan niet omkeerbare oorzaak.

Een tweede vaak gestelde vraag is: 'wat te doen bij een MRI-scan?'

50% tot 75% van de ICD-patiënten hebben ooit eens een MRI-scan nodig. Er bestaat evenwel een risico van beschadiging van het toestelletje of het opwekken van hartritmestoornissen. Men zal dus steeds het voordeel van een MRI moeten afwegen tegenover het nadeel. Ondertussen zijn er al defibrillatoren ingeplant die MRI-compatibel zijn.

De nieuwste defibrillatoren bieden ook de mogelijkheid tot telemonitoring.

De dokter sloot zijn betoog af met een korte uitleg over wat hieronder begrepen



wordt en wat al dan niet mogelijk is. Telemonitoring is een controle op afstand voor de perioden tussen twee nazichten die 1 à 2-jaarlijks bij de hartspecialist gebeuren. Wanneer de computer van de defibrillator bepaalde onregelmatigheden vast stelt zal hij dit alarm doorgeven aan het ziekenhuis. De alarmen die worden doorgegeven hebben betrekking tot het afgeven van shocks, de opsporing van een defect aan de leads, een probleem met de batterij.... Een gespecialiseerde techniek in het ziekenhuis zal deze alarmen tijdens de werkuren nakijken.

Telemonitoring kan alleen maar gegevens laten aflezen. Er kan geen bijsturing gebeuren vanop afstand. Daarvoor dient men zich naar het hospitaal te begeven. Telemonitoring wordt ook niet bedoeld als een vervanging van een controle in de polikliniek. Deze regelmatige controles blijven noodzakelijk. Telemonitoring is ook geen alarmcentrale die bijvoorbeeld automatisch de hulpdiensten zal verwittigen. Door de snellere detectie van eventuele problemen biedt telemonitoring wel het voordeel van een verbeterde follow-up en uit recente studies blijkt dat telemonitoring kan leiden tot minder hospitalisatie en een verlaging van morbiditeit en mortaliteit.

Dokter Philips zette het thema "Leven met een defibrillator" van zijn collega in zijn spreekbeurt verder. Hij verschaftte meer duidelijkheid over drie andere onderwerpen, die eveneens veel vragen doen rijzen bij ICD-patiënten.

Sporten:

Aangezien beweging en sport belangrijk is voor een hartpatiënt mag dit onderwerp zeker niet ontbreken wanneer het over sporten met een ICD gaat.

Na de implantatie moet eerst de heling afgewacht worden alvorens enige vorm van sport te beoefenen. Doorgaans duurt een heling zonder complicaties ongeveer 4 weken. Na de genezing van de wonde kan er gesport worden, maar wel in functie van de hartziekte en dus in overleg met de cardioloog. De cardioloog zal eventueel de programmatie van de ICD en de medicatie aanpassen.

Wie sport zegt, denkt soms ook: competitie. Competitie is uitgesloten voor een verzwakt hart (hartfalen) en sommige hartaandoeningen kunnen door het intensief sporten verergeren. Een richtlijn uit 2004-2006 verbood de meeste competities. Sinds een studie van 2006 blijkt dat een lage belasting in competitieverband kan

toegestaan worden. Het risico van schade aan de patiënt (1%) of aan het toestel (5%) is laag. Men stelde ondertussen bovendien vast dat alle ritmestoornissen die tijdens een competitie zijn voorgekomen op een correcte manier zijn gestopt door de ingeplante defibrillator. Men heeft geen mortaliteit kunnen vaststellen. Vaak wordt er medicatie voorgeschreven en steeds wordt er ATP (anti tachycardie pacing) geprogrammeerd. Extreme armbewegingen zijn te vermijden en soms wordt daarom aan de andere zijde ingeplant.

Reizen:

Voor het reizen met een ICD zien de artsen geen probleem. Auto, trein, vliegtuig, ... zijn toegestaan zolang men geen onstabiele hartproblemen heeft. Bij het plannen van een buitenlandse reis is het aangeraden om de websites van de fabrikanten te raadplegen en na te gaan waar op de gekozen reisbestemming men eventueel medische en technische ondersteuning kan bieden. Meestal vindt men op deze sites ook wel een lijst van ziekenhuizen. Op reis dient men alleszins het identificatiekaartje van de ICD mee te nemen en het telefoonnummer van de eigen cardioloog kan zeker ook geen kwaad.

Men kan een normale reisverzekering afsluiten. Reageer alert op koorts, infectie, tekenen van hartfalen, ... Mocht het geval zich voordoen dat er een medische ingreep moet plaats vinden, meld steeds dat je een ICD-drager bent. Het is altijd mogelijk om de defibrillator met een magneet uit te schakelen en hierbij zal de pacemakerfunctie steeds blijven werken.



Vraag aan de controlepoortjes in luchthavens en bezienswaardigheden dat men je handmatig fouilleert. Vermijd langdurige blootstelling aan magnetische golven.

Rijden:

Het professioneel besturen van een voertuig is permanent verboden. Het niet professioneel rijden is toegestaan mits men 'groen licht' heeft van de cardioloog. Er geldt een rijverbod van 1 maand na implantatie als deze implantatie preventief is. Bij implantatie na een incident ten gevolge van een hartritmestoornis en na een terechte shock (geen ATP) geldt een rijverbod van 3 maanden.

Na het ontvangen van een onterechte shock zal er een rijverbod gelden zolang het probleem niet opgelost is.

Professor Tavernier wijdde zijn bijdrage aan de informatieve avond aan de nieuwe technologieën. Met een historisch overzicht illustreerde hij hoe de ICD evolueerde van een kastje, die de grootte van een sigarenkist had, naar de huidige, lichte en spectaculair verkleinde modellen. Terwijl men nu via de bloedvaten de leads in het hart bevestigt, was er vroeger een openhartoperatie nodig waarbij men "patches" op het hart vast naaide. Deze operatie werd in de beginjaren alleen uitgevoerd bij patiënten die al twee maal een hartstilstand hadden overleefd. Van een preventieve implantatie, zoals dit nu kan gebeuren, was toen nog geen sprake. De vroegere ICD's hadden bovendien geen regelmogelijkheden, konden alleen shocks afgeven en geen ATP. De batterij ging toen slechts anderhalf jaar mee.

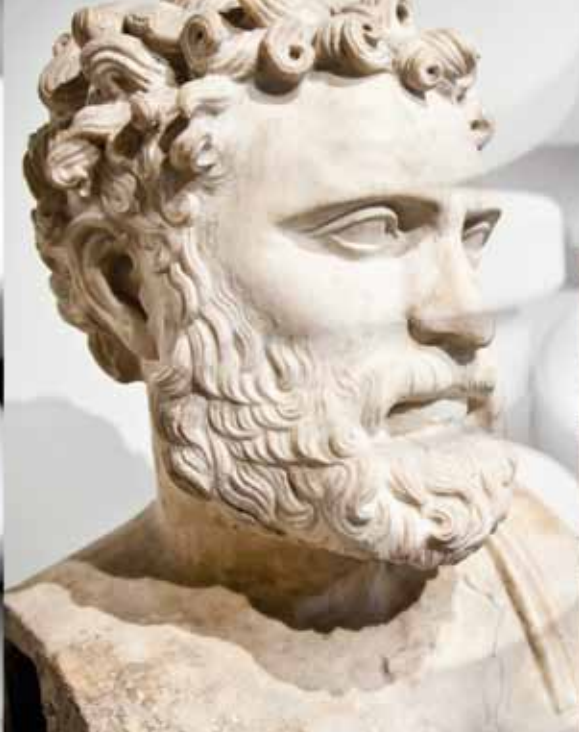


De huidige implanteerbare defibrillatoren bieden een pijnloze snelle stimulatie (ATP) en bevatten ook een pacemaker. Het is ondertussen bewezen dat zij echt levensverlengend zijn, maar er zijn ook nog risico's aan verbonden. Een lead kan stuk gaan door de bewegingen van het kloppend hart. De beschadiging van de isolatie kan valse contacten en dus storingen veroorzaken die onterechte shocks opwekken. Defecte leads kunnen dan wel vervangen worden, de verwijdering van de lead blijft een complicatierisico. Bovendien is er met dergelijke invasieve operaties ook steeds kans op infectie en bloedvergiftiging.

Om deze problemen te voorkomen werd een nieuw soort ICD bedacht. Bij de S-ICD wordt er geen electrode meer in, maar buiten het hart aangebracht. Het is bij dit type defibrillator niet meer nodig om in de bloedbaan binnen te dringen. Het voordeel dat er geen onmiddellijk contact met het hart is, heeft echter ook zijn nadelen. Het toestel kijkt oppervlakkiger naar het hart zoals een electrocardiogram, maar diet werkt prima. Aangezien er geen contact is met de hartspier is het ook niet mogelijk om pacing of ATP toe te passen. Dit ICD-type is dus niet geschikt voor iedere patiënt.

Voor defibrillatoren is het nog toekomstmuziek, maar bij de pacemakers bestaan er nu al draadloze uitvoeringen die zo klein zijn dat rechtstreeks in het hart worden ingeplant. Ook zij zijn momenteel alleen voor een beperkte groep van patiënten geschikt





De Galenusprijs voor een nieuwe ICD-technologie :

Claudius Galenus zelf was een succesvolle Griekse arts die leefde van 131 tot 201. Centraal in zijn denken stond de theorie van Hippocrates dat het menselijk lichaam bestaat uit 4 lichaamssappen: slijm, bloed, gele gal en zwarte gal. Elk van deze sappen vertegenwoordigt een bepaald temperament. Hoewel de geneeskunde sindsdien van dit achterhaald denkbeeld is afgestapt, leeft de naam van de Griekse arts verder in het woord 'galenica': de verzamelnaam voor geneesmiddelen bereid uit natuurproducten.

Toen de Franse apotheker Roland Mehl in 1971 een prijs voor farmacotherapeutische onderzoek instelde, was de naam Galenus een logische keuze. De Galenusprijs was oorspronkelijk een dubbele prijs. Er is een Geneesmiddelenprijs, die wordt toegekend aan researchgerichte farmaceutische bedrijven die het meest innovatieve en betekenisvolle geneesmiddel lanceren. Daarnaast bestaat er de Researchprijs. Deze is bestemd voor jonge onderzoekers die baanbrekend werk verrichten voor belangrijk klinisch of fundamenteel farmacologisch onderzoek. De Galenusprijzen worden gesponsord door uitgever van medische tijdschriften maar het beraad over de winnaars is overgelaten aan een onafhankelijke jury. Het beraad over de toekenning wordt volgens een vast reglement gevoerd. De formule sloeg internationaal aan zodat de prijs nu uitgereikt wordt in Frankrijk, België, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Italië, Nederland, Spanje en Portugal. Ook in de Verenigde Staten en Canada en in aantal andere landen buiten Europa bestaat er een Galenusprijs. De jaarlijkse nationale Galenusprijzen dingen mee naar de tweejaarlijkse internationale Galenusprijzen. De 34ste Galenusprijs werd, zoals in het verleden georganiseerd door Artsenkrant/Le Journal du Médecin, met de bedoeling om innovatie in de gezondheidszorg te promoten. Dinsdagavond 31 mei reikte vice-premier Kris Peeters

op een plechtigheid met circa 250 aanwezigen de prijs uit. Voor het eerst werd nu ook een Galenusprijs voor medische hulpmiddelen georganiseerd. Voor deze derde discipline verkoos de jury, onder leiding van professor em. Jacques Brotchi, als eerste laureaat de subcutane defibrillator S-ICD EMBLEM. Het toestel beperkt het risico op infecties, sondes die afbreken, hartperforaties, en andere cardiale problemen. Deze defibrillator is aangewezen voor alle patiënten met een risico op ventriculaire tachycardie of ventriculaire fibrillatie zonder indicatie voor een pacemaker, en in het bijzonder voor patiënten die niet in aanmerking komen voor een klassieke defibrillator. Met de S-ICD technologie wordt de elektrode niet meer transveneus in het hart ingeplant, maar langs subcutane weg op het borstbeen bevestigd. Het kastje van de ingeplante defibrillator wordt ter hoogte van de ribben geplaatst. Wij verwijzen naar vorige uitgaven van onze News waarin wij de subcutane defibrillator bespraken. De technologie komt ook veel ter sprake bij de laatste informatiesessies die wij samen met de artsen en hospitalen organiseerden. Tijdens zijn spreekbeurt bij de informatiesessie in Brugge wijdde professor Tavernier ook even uit over deze nieuwe technologie (zie artikel elders in dit blad).

Een patiënt vertelt :

"Hoe een reeks toevaligheden, beginnend met burgerlijke ongehoorzaamheid een leven redden"



Omdat ik mijn hond op het enorme strand van Zeebrugge had laten loslopen, werd ik er door een voorbij rijdende politiepatrouille op gewezen dat dit niet mocht.

Op het moment dat ik mijn identiteitskaart wilde geven zeeg ik bewusteloos neer : hartstilstand !

Wat nu volgt werd mij door anderen verteld.

De politiecommissaris schrok zich te pletter en begon onmiddellijk met hartmassage. Een arbeider van de Brugse wegendienst, die daar op een tiental meter aan het werk was, snelde de commissaris ter hulp en nam de hartmassage over. Terwijl de commissaris de hulpdienst 112 verwittigde, zette de man van de wegendienst onverdroten de massage verder en zag resultaat. Ik begon weer te ademen. Ondertussen waren de hulpdiensten aangekomen en zij namen de behandeling over met de defibrillator en voerden me af naar het A.Z. St Jan in Brugge.

Een beetje verder, gehurkt tegen een muurtje van een villa, zat mijn levensredder zachtjes te wenen en te bekomen van de emotie en de felle fysieke inspanning.

Dat ik nog leef heb ik de danken aan Jonas Heyde en commissaris Freddy Vervaeet.

Mijn burgerlijke ongehoorzaamheid (hond los laten lopen op het strand van Zeebrugge), de opmerking van een toevallig voorbijrijdende politiepatrouille en de toevallige aanwezigheid van de stadsarbeider, die zeer onderlegd was in hartmassage, is een onwaarschijnlijk samenloop van omstandigheden die mijn leven heeft gered. Ik heb enorm geluk gehad.

Geïnspireerd door een krantenbericht en de Carnegie Foundation die mensen de titel 'Carnegie Hero' verleent wanneer een persoon het leven van een ander gered heeft is mijn vraag aan u:

Kan BIPIB alleen of samen met de defibrillatorproducenten een stichting of een vereniging op punt zetten die het mogelijk maakt mensen die iemands leven redden door hartmassage toe te passen of de defibrillator te gebruiken de titel van "HARTRIDDER" toe te kennen ?

Dit kan gebeuren tijdens een infoavond over defibrillatoren of op een samenkomst over hartproblemen. Zowel voor uw vereniging als voor de farmaceutische/medische firma is dit een win-win situatie en wordt de 'levensredder' nog eens extra aandacht gegeven. Hopend U op een idee gebracht te hebben die ook uw vereniging extra in de belangstelling kan brengen, verblijf ik met de meeste hoogachting,

Jean-Pierre François



Jaarlijks sterven in België ongeveer 10.000 personen aan de gevolgen van een plotselinge hartstilstand. De meesten onder hen (65%) sterven thuis of buiten, op straat, op openbare plaatsen... Als men de cijfers erop nahoudt, stelt men vast dat slechts een minderheid (15%) in het ziekenhuis door plotse dood wordt getroffen. Zeer weinig mensen (2%) overleven bovendien een hartstilstand.

Het komt er dus op aan om snel te handelen: van zodra de bloedstroom stopt, krijgen de hersenen geen zuurstof meer en verminderen de kansen tot overleven zienderogen. Wanneer er niet ingegrepen wordt binnen de zeven minuten treedt de dood in. Het is dus heel belangrijk om iets te ondernemen.

De Belgische Reanimatieraad (BRC) beweert dat verplichte reanimatielessen voor alle leerlingen per jaar tot 3.000 levens zouden kunnen redden. De Raad vergelijkt de handelingen voor het reanimeren met leren zwemmen of fietsen. "Het wordt een vertrouwde actie die kinderen niet meer vergeten", klinkt het.

Het BRC deed deze oproep in het kader van de vierde editie van "Restart a Hart Day" op 16 oktober. Deze dag werd uitgeroepen tot de Europese dag die mensen bewuster moet maken van de wijze waarop ze kunnen ingrijpen wanneer iemand een plotse hartstilstand krijgt. De Raad volgt tevens het advies van de Wereldgezondheidsorganisatie om kinderen vanaf 12 jaar twee uur reanimatielessen per jaar te geven.

Daarnaast wil de Reanimatieraad ook het aantal automatische externe defibrillatoren in ons land verdubbelen. Momenteel staat de teller op zowat 4.000 stuks.

Uit een nieuwe studie van het Vlaams instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie (VIGeZ) blijkt dat in een kwart van de Vlaamse basisscholen en in één op de tien secundaire scholen momenteel nog geen enkele vorm van EHBO-opleiding aangeboden wordt. Hoewel EHBO op school deel uitmaakt van de eindtermen, is er blijkbaar nog niet in elke klas aandacht voor.

Om scholen nog beter op weg te zetten lanceert Vlaams minister van Onderwijs Hilde Crevits (CD&V) daarom twee nieuwe apps. 'StartnHart' richt zich naar de leerkrachten en helpt hen om reanimatie aan te leren in de klas. Met een 'Een adembenemende picnic' kunnen jonge leerlingen tussen zes en tien jaar de basistechnieken aanleren. De twee apps werden ontwikkeld in samenwerking met de KU Leuven en de Belgische Reanimatieraad. Zij zijn gratis beschikbaar voor smartphones en tablets.

Reanimatielessen kunnen per jaar 3.000 levens redden.





Het hart van een astronaut

In de zomer van dit jaar is gebleken dat de leden van het succesvolle Apollo-ruimteprogramma meer cardiovasculaire problemen ondervonden in vergelijking met de astronauten die geen of slechts korte vluchten maakten.

Men denkt dat zij veroorzaakt zijn door hun blootstelling aan straling in de verre ruimte.

In een artikel in Scientific Reports legt professor Michael Delp uit dat de mannen, die naar de verre ruimte reisden als deel van hun missies naar de maan, hebben bloot gestaan aan niveaus van galactische en kosmische straling die geen andere astronaut of kosmonaut heeft ondervonden. Deze blootstelling manifesteert zichzelf nu onder de vorm van cardiovasculaire problemen. 'Wij weten maar weinig over de effecten van de ruimtestraling op de gezondheid van de mens en in het bijzonder op het hart en het bloedvatenstelsel. Het geeft ons een eerste glimp over de nadelige gevolgen op mensen', beweert Delp.

Dit is een eerste onderzoek naar de mortaliteit van de astronauten van het Apollo-project. Dit project liep van 1961 tot 1972 met 11 bemande vluchten tussen 1968 en 1972. Negen vluchten gingen verder dan de baan om de aarde en drongen de verre ruimte in. Het programma verwierf niet alleen grote bekendheid door de succesvolle maanlandingen maar ook door de gefaalde expeditie van Apollo XIII, die ondertussen reeds verfilmd werd.

De NASA heeft haar plannen bekend gemaakt voor expedities van 2020 tot 2030 met banen rond de aarde en de maan ter voorbereiding voor bemande vluchten naar Mars. Rusland, China en de ESA kijken uit naar maanmissies. SpaceX, een commerciële onderneming ziet de mens op Mars landen tegen 2026. Nu de Verenigde Staten, andere landen en zelfs private, commerciële ondernemingen plannen maken voor verre ruimtereizen wint het onderzoek van Delp aan interesse.

Als groep zijn astronauten hoog opgeleid en genieten zij van de beste medische zorgen. Zij hebben daardoor betere gezondheidszorgresultaten dan de gemiddelde bevolking. Maar door hun reis naar de verre ruimte ondervonden de bemanningen van het Apolloprogramma een heel andere omgevingsinvloed dan iedere andere mens op aarde.

Delp stelde vast dat 43% van de overleden Apollobemanningen stierven door een cardiovasculair probleem. Dit percentage ligt vier maal hoger dan de astronauten die geen vluchten hebben ondernomen en astronauten die enkel vluchten maakten met een lage baan rond de aarde.

Van de 24 man, die met hun maanexpedities in de verre ruimte reisden, zijn er acht overleden. Zeven ervan werden in het onderzoek opgenomen. De achtste overleed nadat de analyse van de gegevens was gebeurd.

Professor Delp en zijn collega's stelden ook muizen bloot aan dezelfde type straling als deze die de Apollo-astronauten hebben ondervonden. Na zes maanden - het equivalent van 20 menselijke jaren - vertoonden de muizen een aanzienlijke kwaliteitsvermindering van de bloedvaten waarvan geweten is dat dit bij mensen leidt tot de ontwikkeling van atherosclerose en cardiovasculaire ziekten.

'De resultaten van de muizen tonen aan dat de straling in de verre ruimte schadelijk is voor de vasculaire gezondheid': besluit professor Delp. Momenteel werkt hij samen met de NASA om bijkomende onderzoeken te leiden in verband met de cardiovasculaire gezondheid van de Apollobemanningen.

Enkele weetjes over de nieuwe antistollings- middelen.

Bron: *The Lancet* 13-03-2015

Atriumfibrilleren (AF) of voorkamerfibrillatie (VKF) gaat gepaard met een verhoogd risico op een embolische beroerte waarbij een bloedklonter zich in de hersenen vestigt en een hogere mortaliteit kent dan sinusritme.

Warfarine en andere Vitamine K Antagonisten (VKA's) zijn effectief in het voorkomen van vorming van bloedklonters in het bloedvatstelsel, maar hun gebruik vergt regelmatige monitoring en doseringsaanpassingen als gevolg van het nauwe therapeutische venster. Het geassocieerde risico en ongemak vertaalt zich naar een slechte therapietrouw, wat het systematisch te lage gebruik van VKA's voor beroertepreventie mogelijk verklaart.

Verschillende Nieuwe Orale AntiCoagulantia (NOAC's) bestaan nu. Zij bieden mogelijks voordelen ten opzichte van VKA's, inclusief een snellere start en uitdoving van het effect, afwezigheid van een effect op de werkzaamheid van vitamine K-inname via het eten, en minder wisselwerkingen met andere medicijnen. Het meer voorspelbare antistollingseffect van de nieuwere middelen maken vaste doseringen mogelijk zonder de noodzaak van routinematige monitoring van de stolling. Alle NOAC's individueel zijn tenminste zo veilig en effectief bevonden als Warfarine in het voorkomen van beroerte en systemische embolie bij patiënten met AF. Dabigatran, Rivaroxaban, Edoxaban en Apixaban zijn al goedgekeurd door de regelgevende instanties.

Samenvattend kan gesteld worden:

1. Nieuwe orale anticoagulantia hebben verschillende voordelen ten opzichte van Warfarine: een snel begin van actie (2-3 uur), een korte duur van actie, een lager risico van interactie van de medicijnen/dieet, een mindere kans op hersenbloeding en het feit dat de routinebewaking niet vereist is.
2. Alle NOAC's worden tot op zekere hoogte door de nieren uitgezuiverd. Zij vereisen daarom dosisaanpassing bij patiënten met verminderde nierfunctie.
3. Er is momenteel, behalve voor Dabigatran, geen onmiddellijk antitigif beschikbaar voor patiënten die een snelle omkering van antistolling door een NOAC nodig hebben. Verschillende middelen zijn nog in een onderzoekstadium
4. Hoewel het risico op ernstige bloedingen met NOAC's minder is dan met warfarine, worden zij toch geassocieerd met een hoger risico op gastrointestinale bloedingen.
5. Voor patiënten die een ingreep moeten ondergaan waaraan een matig risico van bloeden is gekoppeld, moeten NOAC's worden stopgezet voor 2 tot 3 halfwaardetijden (t1/2 is ongeveer 12 uur). Voor een medische ingreep met een hoog bloedingrisico moet de laatste toediening van NOAC's plaatsvinden voor 6 halfwaardetijden.
NOAC's mogen opnieuw worden opgestart nadat de bloedstolling is bereikt.
6. De NOAC's worden routinematig gestaakt vóór katheterablatie en implantaties.
7. Bij patiënten met mechanische hartkleppen, bleek Dabigatran te zijn geassocieerd met een verhoogd risico van ongewenste voorvallen. Daarom worden NOAC's momenteel niet aanbevolen voor dergelijke patiënten.

Uw eigen bijdrage?
Graag uw bevindingen!

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.



Wijziging van de statuten van onze vereniging

Nadat een eerste Algemene Ledenvergadering moest worden afgeblazen omdat er minder dan de helft van de leden aanwezig was om geldig te kunnen vergaderen, werd een tweede Algemene Ledenvergadering gehouden op 7 juli 2016. Om wettig te kunnen beslissen, was op deze tweede vergadering geen minimaal aantal leden meer nodig. De aanwezige stemgerechtigden verwierven volgens Artikel 14 van de oorspronkelijke statuten beslissingsrecht.

De wijziging van statuten, voorgesteld door de Raad van Patiënten, werd met eenparigheid van de stemmen op deze Algemene Ledenvergadering goedgekeurd. Wij geven een klein overzichtje van de veranderingen.

De leden:

De voorwaarden om lid te worden van de vereniging wordt verbreed. Voortaan zal er geen beperking worden opgelegd. Ook niet-dragers van een defibrillator kunnen zich dus aansluiten en meehelpen in het uitvoeren van de doelstellingen van de vereniging. Enkel de dragers van een defibrillator worden evenwel toegelaten tot de Raad van Patiënten.

Bovendien wordt er een onderscheid gemaakt tussen actieve leden en gewone leden. Bij de inschrijving wordt steeds gevraagd of men actief wil deelnemen of enkel een eenvoudig lidmaatschap wil aangaan. Enkel wie actief deelneemt aan de werking van de vereniging (en drager is van een defibrillator) kan zich kandidaat stellen om toe te treden tot de Raad van Patiënten.

Samenstelling van de Raad van Patiënten:

In de Raad van Patiënten zullen alleen patiënten kunnen zetelen. Iedere patiënt, actief lid van de vereniging, die deel wenst uit te maken van de Raad van Patiënten kan zich kandidaat stellen. De Raad van Patiënten beslist autonoom over het al dan niet aanvaarden van de kandidaat.

Samenstelling van de Raad van Bestuur:

Voortaan bestaat de Raad Van Bestuur nog uitsluitend uit patiënten. De nieuwe Raad Van Bestuur zal uit maximaal 4 leden bestaan die eveneens lid van de Raad Van Patiënten zijn.

In onze vroegere samenstelling van de Raad van Bestuur was de aanwezigheid van de vertegenwoordigende groepen uit de industrie en van de artsen vaak een doorn in het oog van overkoepelende patiëntenorganisaties en de overheid. Ondanks het feit dat onze Raad van Bestuur statutair steeds een meerderheid van 6 patiënten gehad heeft tegenover 3 artsen en 2 vertegenwoordigers uit de industrie, werd de vroegere samenstelling van de Raad van Bestuur gezien als één van de grootste struikelblokken voor het toekennen van subsidies en andere vormen van steun. Dit euvel is met deze nieuwe samenstelling van de baan.

Nieuw:

een wetenschappelijke en technische, Adviserende Raad:

Met de uittreding uit de nieuwe Raad van Bestuur van de vertegenwoordigers van de artsen, cardiologen en electro-fysiologen enerzijds en de fabrikanten van defibrillatoren en leads anderzijds, zou een belangrijk contact verloren kunnen gaan. In het belang van de patiënten werd tijdens de vergadering beslist deze kostbare banden niet te verbreken en een wetenschappelijke en technische, Adviserende Raad op te richten.

De Algemene Ledenvergadering:

Ons ledenaantal is ondertussen zodanig groot geworden dat het bijeenroepen en houden van een Algemene Ledenvergadering omslachtig, onpraktisch en moeilijk uitvoerbaar is geworden. De organisatie van de Algemene Ledenvergadering voor het wijzigen van de statuten was er een prachtige illustratie van. Om praktischer te werken wordt de Algemene Ledenvergadering beperkt tot 6 leden uit de Raad van Patiënten, drie vertegenwoordigers van de artsen en twee vertegenwoordigers voor de industrie uit de Adviserende Raad.

Vraag ...



... antwoord:

De sensor van een hartslagmeter kan de werking van de ICD niet beïnvloeden. (volgens mededeling van ST Jude.) Het omgekeerde is wel waar: de hartslagmeter kan verkeerd registreren door beïnvloeding van de ICD. Mijn vraag: wat gebeurt er juist in de ICD dat de hartslagmeter beïnvloed wordt ?

De hartslagmeter zal inderdaad de ICD niet beïnvloeden aangezien er signalen worden geregistreerd en niet uitgezonden.

Tijdens het dagelijks gebruik van uw hartslagmeter en wanneer er zich geen ritmestoornissen voordoen, zal de hartslagmeter correct werken, net zoals dat voor de implantatie van de ICD het geval was, m.a.w. uw hart functioneert normaal en de hartslagmeter registreert uw hartritme.

De ICD treedt in werking enkel in geval er (ernstige)ritmestoornissen zouden optreden waarna uw hart zich opnieuw zal normaliseren.

De ICD zal normaal de hartslagmeter niet beïnvloeden, bij een éénkamer-systeem, dat meestal wordt aangewend als bewakingssysteem van uw hart tegen hartritmestoornissen. Dit betekent concreet dat de ICD niet zal werken tenzij bij een mogelijke verstoring van uw hartritme tijdens en na de gegeven therapie van de ICD. Uiteraard zal een hartslagmeter deze aritmie ook registreren, alsook de therapie van de ICD, dat is op zich geen probleem.



Lid worden van BIPIB

Wie kan lid worden?

Effectieve leden:

- ICD - dragers: dragers van een ingeplante hartdefibrillator,
- artsen gespecialiseerd in elektrofysiologie,
- afgevaardigden van UNAMEC, de beroepsvereniging van fabrikanten, verdelers en invoerders van medische hulpmiddelen, sectie CRM.

Deze leden kunnen zetelen in de Raad van Bestuur en hebben tijdens de Algemene Vergadering stemrecht.

Sympathisanten:

- de naaste familie en kennissen van de patiënt met een ingeplante defibrillator,
- de partner van de patiënt met een ingeplante defibrillator,
- artsen en beoefenaars van erkende paramedische beroepen,
- andere industrieën met raakvlakken met deze doelgroep.

Wat houdt uw lidmaatschap in?

Als lid van onze vzw kan u genieten van:

- ons tijdschrift News, dat 3 tot 4 x per jaar verschijnt en u op de hoogte houdt van wat wij allemaal verrichten binnen onze vereniging en ook informatie geeft over hoe omgaan met bepaalde zaken aangaande het leven met een ICD.
 - Een handige lidkaart als bevestiging van uw effectief lidmaatschap.
 - Als volwaardig lid hebt u eveneens stemrecht over beslissingen tijdens de jaarlijkse Algemene Vergadering van onze vereniging.
- U bent pas volwaardig lid wanneer u uw lidgeld heb betaald!

Hoe lid worden?

Doe **telefonisch of schriftelijk** een aanvraag via ons secretariaat of **stuur het hierachter bijgevoegde inschrijvingsformulier** op.

U vindt al onze contactgegevens op de volgende pagina en op onze website www.bipib.be

Zie achterzijde



Inschrijvings- formulier

Naam: _____

Voornaam: _____

Straat, Nr: _____

Postcode: _____ Stad: _____

Provincie: _____ Land: _____

Tel.: _____ Fax: _____

GSM: _____

e-mail: _____

Beroep: _____

Hobby: _____

Geboortedatum: _____

Ik wens lid te worden als:

- ICD-drager sinds (jaartal vermelden): _____
- Sympathisant ja

Ik wens actief mee te werken:

- activiteiten te organiseren,
- meewerken aan ons tijdschrift,
- onze website onderhouden,
- of andere: _____
- ik wens enkel lid te zijn en (nog) niet actief mee te werken,
- contacteer mij,
- stuur de Info op volgend e-mail adres (adres hier boven).

Hoe hebt u BIPIB ontdekt?

- Via internet.
- Via uw dokter.
- Ik heb de affiche gezien.
- Via een infosessie.
- Andere: _____

Uw inschrijving is gratis in het lopende jaar.

Vanaf het daarop volgende jaar stort u 12 € lidgeld op het rekeningnummer Belfius n° (IBAN): BE87 0682 5048 0194 van BIPIB met vermelding "lidgeld + naam"

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.



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.

Contacteer ons:



vzw BIPIB
Koning Albert I-laan, 64
1780 Wemmel
Tel. : 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:

Luc Fockedeey,
Dr Peter Goethals,
Jean-Claude Grafé,
Dr. Frédéric Van Heuverswyn
Les sociétés : Boston Scientific,
Biotronik, Medtronic, LivaNova
(anciennement Sorin),
St Jude Medical.