

## REMISS FÖR AK-BEHANDLING

### BARN

Till: AK-enheten

Personnummer: \_\_\_\_\_

SUS Malmö  
Tel. 040-33 30 43

Namn: \_\_\_\_\_

Patienttelefonnummer: \_\_\_\_\_

Remitterande enhet: \_\_\_\_\_ Remitterande läkare: \_\_\_\_\_

PAL för AK-behandlingen: \_\_\_\_\_

Behandlingsindikation: \_\_\_\_\_

#### AK-läkemedel:

- T. Waran<sup>®</sup> 2.5 mg
- T. Warfarin Orion<sup>®</sup> 2.5 mg
- K. Pradaxa<sup>®</sup> \_\_\_\_\_ mg
- T. Xarelto<sup>®</sup> \_\_\_\_\_ mg
- Granulat Xarelto<sup>®</sup> \_\_\_\_\_ ml
- T. Eliquis<sup>®</sup> \_\_\_\_\_ mg
- T. Lixiana<sup>®</sup> \_\_\_\_\_ mg
- Inj. \_\_\_\_\_

#### Planerad behandlingstid:

- Ange antal månader \_\_\_\_\_
- Tillsvidare (omprövning årligen av PAL)
- Bestäms vid återbesök, ange:  
var \_\_\_\_\_ när \_\_\_\_\_

Målvärde: \_\_\_\_\_

(standard 2-3)

#### LMH:

Ska ges när PK ≤ \_\_\_\_\_

(standard ≤ 1.7)

Preparat \_\_\_\_\_

Styrka \_\_\_\_\_

Dos \_\_\_\_\_

(ex. Fragmin 70 E/kg)

Vikt: \_\_\_\_\_

#### Andra sjukdomar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Övrigt:

- Bifogar journalanteckning/epikris
- Patienten har behov av språktolk, ange språk \_\_\_\_\_
- Övrigt: \_\_\_\_\_
- Patienten har erhållit recept

Datum: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

→ → Denna remiss skickas till AK-enheten Jan Waldenströmsgata 15 pl. 5 Malmö efter muntlig överrapportering på tel. 040-33 30 43!

Version barn 2022-11-03