

Remiss till AK-enheten för utsättning av antikoagulantia inför elektivt ingrepp på BARN

Namn	Personnummer
------	--------------

T. Waran[®] / T. Warfarin Orion[®] 2,5 mg

K. Pradaxa[®] / T. Xarelto[®] / Granulat Xarelto[®] / T. Eliquis[®] / T.Lixiana[®]

Polikliniskt ingrepp

Inneliggande ingrepp

Typ av ingrepp _____

Datum för ingrepp _____ kl. _____

Plats för ingrepp _____

Kontaktuppgifter:

Namn

Tel

Fax

Utsättning av warfarin med målsättningen PK(INR) ≤ 1.5

Utsättning av warfarin med målsättningen PK(INR) annat _____

Utsättning av Pradaxa[®] / Xarelto[®] / Eliquis[®] / Lixiana[®]

Profylax med LMH ska ges:

Fragmin[®]-dos _____

Annat _____

Till terapeutiskt PK(INR) (standard >1.7) Annat _____

Övrig information _____

Avsändare _____ Datum _____

→ Remiss skickas till AK-enheten Jan Waldenströmsgata 16 pl. 5 Malmö. OBS! Vid mindre än en vecka till planerat ingrepp måste AK-enheten, meddelas per telefon på 040-33 30 43!