

REMISS FÖR AK-BEHANDLING BARN HJÄRT

Till: AK-enheten

Personnummer: _____

SUS Malmö
Tel. 040-33 30 43
Fax. 040-33 60 54

Namn: _____

Patienttelefonnummer: _____

Remitterande enhet: _____ Remitterande läkare: _____

PAL för AK-behandlingen: _____

Behandlingsindikation: _____

AK-läkemedel:

- T. Waran[®] 2.5 mg
 T. Warfarin Orion[®] 2.5 mg
 K. Warfarin _____ mg

Planerad behandlingstid:

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

Målvärde: _____
(standard 2-3)

Vikt: _____

LMH:
Ska ges när PK ≤ _____
(standard ≤ 1.7)

Andra sjukdomar:

Preparat _____

Styrka _____

Dos _____
(standard Fragmin 70 E/kg)

Övrigt:

- Bifogar journalanteckning/epikris
 Patienten har behov av språktolk, ange språk _____
 Övrigt: _____

Patienten har erhållit recept på T. Waran[®] / T. Warfarin Orion[®] / K. Warfarin / Inj. Fragmin[®]

Datum: _____ Underskrift: _____

→ → Denna remiss ska faxas till AK-enheten (fax. 040-33 60 54)!