

REMISS FÖR AK-BEHANDLING MEKANISK HJÄRTPUMP

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: Kardiell emboliprofylax Annan indikation _____

AK-läkemedel:

Planerad behandlingstid:

T. Waran[®] 2.5 mg

Tillsvidare (omprövning årligen av PAL)

T. Warfarin Orion[®] 2.5 mg

Målvärde: _____ PK(INR)

ASA Ja Nej

LMH gränser:

Inj. _____ vid PK(INR) < _____

Inj. _____ vid PK(INR) < _____

(ex. Klexane 40 mg x 2 vid PK<2.0)

Övrigt:

Bifogar journalanteckning/epikris

Patienten har behov av språktolk, ange språk _____

Övrigt: _____

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

Patienten har erhållit recept på LMH samt erhållit instruktioner i injektionsteknik

Datum: _____

Underskrift: _____

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