

## REMISS FÖR AK-BEHANDLING

Till: AK-mottagningen i \_\_\_\_\_

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

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

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

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

PAL för AK-behandlingen: \_\_\_\_\_

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

### AK-läkemedel:

- T. Waran® 2.5 mg
- T. Warfarin Orion® 2.5 mg
- K. Pradaxa® 150 mg x 2
- K. Pradaxa® 110 mg x 2
- T. Xarelto® 20 mg x 1
- T. Xarelto® 15 mg x 1
- T. Xarelto® 15 mg x 2 i 3 veckor därefter 20 mg x 1
- T. Eliquis 5 mg x 2
- T. Eliquis 2.5 mg x 2
- T. Lixiana 60 mg x 1
- T. Lixiana 30 mg x 1
- Byte från \_\_\_\_\_ till \_\_\_\_\_
- LMH \_\_\_\_\_

Längd: \_\_\_\_\_

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

### Planerad behandlingstid:

- Ange antal månader \_\_\_\_\_
- Tillsvidare (omprövning årligen av PAL)
- Bestäms vid återbesök, ange: var \_\_\_\_\_ när \_\_\_\_\_
- FF-patient - remiss är skickad till Kardiologen för bedömning
- FF-patient - elkonvertering ska genomföras

### Anamnes:

- Hjärtsvikt
- Hypertoni
- Diabetes
- TIA/Stroke
- Kärtsjukdom
- Leversjukdom
- Njursjukdom
- Tidigare blödning/anemi
- Alkoholmissbruk

### Övrigt:

- Bifogar journalanteckning/epikris
- Patienten är informerad om indikationen för AK-behandling samt risker och vinster
- Patienten behöver hjälp med provtagning/medicindelning, ange vem som ska sköta \_\_\_\_\_
- Patienten har behov av språktolk, ange språk \_\_\_\_\_
- Ev. medicinering med Trombyl/Clopidogrel/Effient/Brilique ska sättas ut:  ja  nej
- Prover är tagna de senaste 3 månaderna, ange resultat nedan:

PK(INR)	APTT	Hb	Trc	Krea

- Patienten har erhållit recept
- LMH pågår med Inj. \_\_\_\_\_ till \_\_\_\_\_
- Antikoagulantia är startat den \_\_\_\_\_ enligt följande:

Datum							
Antal tabl.							

- Nästa PK(INR)-kontroll \_\_\_\_\_

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

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

Version: 2019-11-19