

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, 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: 2020-09-13