

REMISS FÖR AK-BEHANDLING

BARN

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
- K. Pradaxa[®] _____ mg
- T. Xarelto[®] _____ mg
- T. Eliquis[®] _____ mg
- T. Lixiana[®] _____ mg
- Inj. _____

Planerad behandlingstid:

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

Målvärde: _____
(standard 2-3)

LMH:

Ska ges när PK
≤ _____
(standard ≤ 1.7 vid VTE)

Vikt: _____

Andra sjukdomar:

Preparat _____

Styrka _____

Dos _____
(ex. 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 / K. Pradaxa[®] / T. Xarelto[®] / T. Eliquis[®] / T. Lixiana[®] / Inj. Fragmin[®]

Datum: _____

Underskrift: _____

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

Version barn 2017-01-10