Lasarettet Trelleborg

AK-mottagningen

Remiss till AK-mottagningen, för utsättning av antikoagulantia inför elektivt ingrepp

Patient

Namn	Personnummer

☐ T. Warfarin Orion® / T. Waran Orion 2,5 mg ☐ K. Pradaxa® 110 mg x 2 / 150 mg x 2

☐ T. Xarelto® 15 mg x 1 / 20 mg x 1 / 15 mg x 2 ☐ T. Eliquis 2,5 mg x 2 / 5 mg x 2

☐ Poliklinskt ingrepp ☐ Inneliggande ingrepp

Typ av ingrepp _____

Datum för ingrepp _____ kl. _____

Plats för ingrepp _____

Kontaktuppgifter:

_____ _____ _____

Namn Tel Fax

☐ Utsättning av warfarin sker enligt lokala riktlinjer vid AK-mottagningen med målsättningen PK (INR) ≤ 1,5 / ≤ 1,8

☐ Utsättning av K. Pradaxa® / T. Xarelto® / T. Eliquis sker enligt SSTH:s Kliniska råd vid behandling med nya perorala antikoagulantia.

☐ Patienten ska ha preoperativ profylax med LMH:

☐ Klexane® 40 mg x 1 s c ☐ Klexane® dos _____

Övrig information _____

_____

_____

Avsändare _____ Datum _____

→ Remiss faxas till AK-mottagningen fax. 0410-552 70.

Postadress: AK-mottagningen, Lasarettet, 231 85 Trelleborg. **Besöksadress:** Hedvägen 46, 231 85 Trelleborg
Telefon: 0410-552 36. **Fax:** 0410-552 70. **Webb:** www.skane.se/trelleborg