

**Remiss till AK-enheten för utsättning av antikoagulantia inför elektivt ingrepp på  
BARN**

Namn	Personnummer
------	--------------

T. Waran<sup>®</sup> / T. Warfarin Orion<sup>®</sup> 2,5 mg / K. Warfarin

K. Pradaxa<sup>®</sup> / T. Xarelto<sup>®</sup> / T. Eliquis<sup>®</sup> / T.Lixiana<sup>®</sup>

Polikliniskt ingrepp

Inneliggande ingrepp

Typ av ingrepp \_\_\_\_\_

Datum för ingrepp \_\_\_\_\_ kl. \_\_\_\_\_

Plats för ingrepp \_\_\_\_\_

Kontaktuppgifter:

\_\_\_\_\_  
Namn

\_\_\_\_\_  
Tel

\_\_\_\_\_  
Fax

Utsättning av warfarin med målsättningen PK(INR)  $\leq 1.5$

Utsättning av warfarin med målsättningen PK(INR) annat \_\_\_\_\_

Utsättning av Pradaxa<sup>®</sup> / Xarelto<sup>®</sup> / Eliquis<sup>®</sup> / Lixiana<sup>®</sup>

Profylax med LMH ska ges:

Fragmin<sup>®</sup>-dos \_\_\_\_\_

Annat \_\_\_\_\_

Till terapeutiskt PK(INR) (standard  $>1.7$ )  Annat \_\_\_\_\_

Övrig information \_\_\_\_\_

Avsändare \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**→ Remiss faxas till AK-enheten fax. 040-33 60 54. OBS! Vid mindre än en vecka till planerat ingrepp måste AK-enheten, SUS, meddelas per telefon på 040-33 30 43!**