

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> T. Waran® / T. Warfarin Orion® 2,5 mg | <input type="checkbox"/> K. Pradaxa® 110 mg / 150 mg x 2 |
| <input type="checkbox"/> T. Xarelto® 15 mg / 20 mg x 1 | <input type="checkbox"/> T. Eliquis® 2.5 mg / 5 mg x 2 |
| <input type="checkbox"/> T. Lixiana® 60 mg / 30 mg x 1 | |
| <input type="checkbox"/> Polikliniskt ingrepp | <input type="checkbox"/> 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-enheten med målsättningen PK(INR) ≤ 1,5
- Ingen justering av warfarin behövs PK(INR) < 3.0
- Utsättning av K.Pradaxa®/T.Xarelto®/T.Eliquis®/T.Lixiana® sker enligt SSTH:s Kliniska råd vid behandling med nya perorala Antikoagulantia
- Patienten ska ha preoperativ profylax med LMH:

<input type="checkbox"/> Klexane® 40 mg x 1 s c	<input type="checkbox"/> Klexane® dos _____
<input type="checkbox"/> Fragmin® 5000E x 1 s c	<input type="checkbox"/> Fragmin® dos _____
<input type="checkbox"/> Innohep® 4500E x 1 s c	<input type="checkbox"/> Innohep® dos _____

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!

Version 2019-10-01