

AK-mottagningen

**Utskrivningsbesked angående Waran[®]/Warfarin Orion[®]/Pradaxa[®]
/Xarelto[®]/Eliquis**

Namn _____ Personnummer _____

 Nyinsatt behandling Tabl. Waran[®] 2,5 mg Tabl. Warfarin Orion[®] 2,5 mg Kaps. Pradaxa[®] Tabl. Xarelto[®]
 Tabl. Eliquis **Pågående Waran[®]-/Warfarin Orion[®]-behandling**

Nytt PK(INR) _____-dagen den _____

Var vänlig gå till sedvanligt provtagningsställe på morgonen – därefter skickas doseringsbrev.

Lasarettets laboratorium har öppet måndag-fredag klockan 07.30-12.00

 Ta Waran[®]/Warfarin Orion[®]-tabletterna på kvällen enligt följande:

	Måndag	Tisdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lördag	Söndag
Datum							
Antal							

 Pågående behandling med injektion av: Klexane _____ mg en gång dagligen t o m _____ **Ta Pradaxa[®] –kapslarna enligt följande:** 110 mg morgon och kväll 150 mg morgon och kväll**OBS! Kapslarna får ej förvaras i dosett** **Ta Xarelto[®]-tabletterna enligt följande:** 2,5 mg varje morgon 15 mg varje morgon 20 mg varje morgon **Ta Eliquis-tabletterna enligt följande:** 2,5 mg morgon och kväll 5 mg morgon och kväll Kreatininprovtagning planerad _____

Utskrivande läkare _____

Datum _____

Avdelning _____

→ → Detta besked ska faxas till AK-mottagningen (0410-552 70) och därefter följa med patienten hem!