

**Utskrivningsbesked angående Waran<sup>®</sup>/Warfarin Orion<sup>®</sup>  
BARN HJÄRT**

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

Behandlingsorsak \_\_\_\_\_

Nyinsatt behandling

Tabl. Waran<sup>®</sup> 2,5 mg     Tabl. Warfarin Orion<sup>®</sup> 2,5 mg     Kaps. Warfarin \_\_\_\_\_ mg

Var vänlig gå till det provtagningsställe du blivit anvisad före kl. 9.00. Du kontaktas därefter av AK-enheten.

\_\_\_\_\_ -dagen den \_\_\_\_\_ för provtagning

Pågående Waran<sup>®</sup>-/Warfarin Orion<sup>®</sup>-behandling

Nytt PK(INR) \_\_\_\_\_ -dagen den \_\_\_\_\_

Var vänlig gå till sedvanligt provtagningsställe på morgonen – därefter skickas doseringsbrev. Vid behov av telefonbesked från AK-enheten för fortsatt dosering - gå till sedvanligt provtagningsställe före kl. 9.00.

Ta Waran<sup>®</sup>/Warfarin Orion<sup>®</sup>-tablettorna på kvällen enligt följande:

Aktuellt PK-prov: Datum \_\_\_\_\_      Värde: \_\_\_\_\_ INR

Dag Datum	Måndag /	Tisdag /	Onsdag /	Torsdag /	Fredag /	Lördag /	Söndag /
Antal							

**Pågående behandling med injektion av:**

Fragmin \_\_\_\_\_ E t o m \_\_\_\_\_

Annat \_\_\_\_\_ E t o m \_\_\_\_\_

Utskrivande läkare/avdelning \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**→ → Detta besked ska faxas till AK-enheten (fax. 040-33 60 54) och därefter följa med patienten hem!**