

**Utskrivningsbesked angående Waran®/Warfarin Orion®/Pradaxa®/Xarelto®/Eliquis®/Lixiana
BARN**

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

Behandlingsorsak _____

Nyinsatt behandling

- Tabl. Waran® 2,5 mg Tabl. Warfarin Orion® 2,5 mg Kaps. Warfarin _____ mg
 Kaps. Pradaxa® _____ mg Tabl. Xarelto® _____ mg Tabl. Eliquis® _____ mg
 Tabl. Lixiana® _____ 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®-/Warfarin Orion®-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®/Warfarin Orion®-tabletterna 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!