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

Namn	Personnummer

☐ T. Waran® / T. Warfarin Orion® 2,5 mg

☐ K. Pradaxa® 110 mg / 150 mg x 2

☐ T. Xarelto® 15 mg / 20 mg x 1

☐ T. Eliquis ® 2.5 mg / 5 mg x 2

☐ T. Lixiana® 60 mg / 30 mg x 1

☐ 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) ≤ 1,5

☐ Ingen justering av warfarin behövs PK(INR) < 3.0

☐ Utsättning av K.Pradaxa®/T.Xarelto®/T.Eliquis®/T.Lixiana®

☐ Patienten ska ha preoperativ profylax med LMH:

☐ Klexane® 40 mg x 1 s c ☐ Klexane® dos _____

☐ Fragmin® 5000E x 1 s c ☐ Fragmin® dos _____

☐ Innohep® 4500E x 1 s c ☐ Innohep® dos_____

Övrig information _____

Avsändare _____Datum _____

→ Remiss skickas till AK-enheten Jan Waldenströmsgata 16 pl. 5 Malmö.

OBS! Vid mindre än en vecka till planerat ingrepp måste AK-enheten SUS meddelas per telefon på 040-33 30 43!

Version 2022-11-28