

BEHANDLINGSREMISS-AK

 BÄSTA LIVSPLATSEN Region Halland		AK-mottagningar		Personnr Namn	
HSV Fax: 010 - 4891916 Tfn-nr: 0340-58 01 97 HSH Fax: 010 - 4891447 Tfn-nr: 035 - 13 15 05 VC/Annat.....				Tfn-nr	
Remitterande läkare			Klinik/avd	Vårdtid	
<input type="checkbox"/> Nystart	<input type="checkbox"/> Pågående (gå direkt till dos-schema)	Läkemedel			
Behandlingsstart:		Om annan antikoagulantia än Warfarin (t ex Pradaxa, Xarelto) fyll i: Dosering: Senaste kreatinin: Övrigt: OBS! Fyll även i vikt och längd			
Planerad behandlingstid:					
Målvärde PK (INR):					
Indikation:					
Komplikationsregistrering och kreatininprover:		<input type="checkbox"/> var 3:e månad <input type="checkbox"/> var 6:e månad <input type="checkbox"/> var 12:e månad			
Elkonvertering planerad		<input type="checkbox"/> JA		<input type="checkbox"/> NEJ	
Riskfaktorer (CHA2DS2 VASC/HASBLED) Ange vilka:					
LMH vid PK \leq 1,8 <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		LMH-preparat och dos:		Vikt	Längd
Doseringsschema Warfarin:					
Datum					Nästa provtagning
PK					
Antal tabl					
Kommentarer/övrigt (ex-vis kommunikation, medicinjustering, elkonvertering)					
Uppföljningsansvarig specialist:			Uppföljningsansvarig enhet:		
Vid utskrivning av inläggande patient fyll i ovanstående doseringsschema och nästa provtagningstillfälle samt uppgifter om dosering vid hemgång. OBS! Ordinera för minst 3 dagar framåt. Undvik provtagning på fredagar. Faxe Behandlingsremiss till AK-mott					
Distriktssköt/kommunsköt (ifylls om dessa ska underrättas)				Tfn:nr	