Region Halland

WARANLISTA - Patientlista

Indikation: ……
Terapiintervall (P-PK): ……
Behandlingstid: ……
Ansvarig läkare: ……...
Mott/Avd: ……

Person-nr……
Namn: ……
Adress ……
Postnr: ……. Ort: ……
Tfn-nr: ……

Datum	**P-PK**	**Antal tabl Waran à 2,5 mg**							**Nästa prov**		
År mån dag	INR	Må	Ti	On	To	Fr	Lö	Sö	År mån dag	Sign	**Meddelande**

Ta Warantabletterna på kvällen. Waran minskar blodets levringsförmåga. Rådgör med din läkare vid kombination med andra läkemedel. Om blödning skulle uppstå, ta omgående nytt prov och kontakta din läkare eller akutmottagningen.