

|                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| <b>Avsändare:</b> | <b>Patientdata:</b> |
|                   |                     |
|                   | <b>Telefon:</b>     |

Ny behandling

Fortsatt behandling

Anledning till aktuellt vårdtillfälle:.....

**Indikation för AK-behandling:**

Förmaksflimmer - primärprofylax

Lungemboli

Förmaksflimmer – sekundär profylax efter embolism

Djup ventrombos

Mekanisk klaffprotes mitralis

Annan orsak .....

Mekanisk klaffprotes aorta

**Information av betydelse för AK-behandlingen**

Patienten klarar behandling själv

Inskreven i hemsjukvård för provtagning  Övertaget läkemedelsansvar

Övrig information:.....

**Uppföljning av indikation/AK-behandling ska ske på (vårdcentral/mottagning):**

**Byte av AK-läkemedel från:**

till:

Waran 2.5 mg

Warfarin 2.5 mg

LMH:..... till terapeutiskt PK.

Har patienten fått bricka och broschyr?

Ja

Nej

Recept utfärdat datum: .....

**Målvärde:**

Normal intensitet 2.0 – 3.0

Låg intensitet 1.8 – 2.4

Hög intensitet 2.5 – 3.5

**Planerad behandlingstid:**

Tillsvidare

Antal månader:.....

Elkonvertering ska genomföras

**PK/INR:** Värde ..... Taget datum:.....

**Notera nedan om behandling påbörjats**

|             |  |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|--|
| Datum       |  |  |  |  |  |
| Antal tabl. |  |  |  |  |  |

Datum: ..... Underskrift ansvarig läkare: .....