

Remiss för AVK-behandling inom SU

Remissinstans	Patientidentifikation
	Pat.tfn-nummer:

Ny behandling*

Fortsatt behandling

Återinsättning

Avslut

Anledning till aktuellt vårdtillfälle: _____

Vårdtid: _____

Aktuell medicinlista bifogad

Kompletterande LMH tills PK >1,8

Patientens vikt: _____ kg

Innohep

Fragmin

Klexane

Dos: _____ E alt mg/dygn

Har patienten hemsjukvård?

Ja

Nej

Ska patienten till korttidsboende? Vilket? _____ Nej

Dosering från AK-mottagningen vid utskrivningen

Dosering enligt tidigare schema

Övrig information: _____

Remissansvarig läkare (text): _____ Datum: _____

*Fyll i vid NY behandling:

Övriga diagnoser: _____

Har patienten blodförtunnande behandling? Preparat: _____

Om Ja, ska detta sättas ut när PK >1,8 INR? Ja Nej

Indikation för AVK-behandling:

Förmaksflimmer

DVT arm

Mek. klaff

Förmaksflimmer elkonv.

Lungemboli

Cerebral artärsjukdom

DVT ben

Biologisk klaff

Övrigt:

Målvärde PK: Normalt (2,4±0,4) Intensivt (3,0±0,5) Lågt (2,1±0,3)

Behandlingstid (månader): 3 6 12 Tills vidare

Vilken enhet/läkare är ansvarig för fortsatt omprövning: _____

Behandlingen bör omprövas varje år

Behandlingen bör omprövas vartannat år

AK-mottagning Östra sjukhuset, 416 85 Göteborg

Tel: 343 59 54

Fax: 338 87 34

Uppdaterad: 2026-02-27

Administrativa enheten medicin Östra