

Remiss till AK-mottagningen för insättning av perorala antikoagulantia (Reservrutin)

Patient-ID

Personnummer och namn _____

Adress _____

Telefonnummer _____

Behandlingsindikation _____

Behandlingstid _____

AK-läkemedel

☐ NOAK, ange läkemedel och styrka _____

☐ Warfarin/Waran, ange målområde _____

Recept skrivet ☐ Ja ☐ Nej

AK-prover tagna och bedömda, ej äldre än 1 månad ☐ Ja ☐ Nej

(Hb, TPK, PK, APTT, kreatinin inklusive eGFR, bilirubin, ASAT, ALAT, ALP)

Behov av hjälp av distriktssköterska för tablettdelning/provtagning

☐ Nej ☐ Ja, ange område och telefonnummer _____

Remissdatum _____

Remitterande läkare, arbetsplats och telefonnummer _____

AK-mottagningar i Värmland

Centralsjukhuset i Karlstad 010-83 915 12

Sjukhuset i Torsby 010-83 471 01

Sjukhuset i Arvika 010-83 124 29

Utarbetad av: Anne Maria Edvardsson, överläkare