Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Björn Fredriksson, (bjofr), Överläkare
Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Giltig från: 2023-09-05
Giltig till: 2025-09-01

Antikoagulantiaunderlag, SÄS

Sammanfattning

Blankett/remiss att skicka till AK-mottagningen, SÄS, vid behandling med blodförtunnande läkemedel.

Förändringar sedan föregående version

Uppdatering av faxnummer till AK-mottagningen.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Behandlande enhet (Läkare, adress, tfn, fax)

Patient ID (personnr, namn, **telefon, mobil, fax**)

Behandlingsorsak

☐ Förmaksflimmer ☐ Förmaksflimmer, tidigare stroke/TIA/emboli

☐ DVT distal ☐ DVT proximal ☐ Lungemboli ☐ Annan trombos:_____

☐ Recidiv trombos/lungemboli

☐ Mek hjärtklaff ☐ Aorta ☐ Mitralis ☐ Annan_____

☐ Annan orsak_____

Preparat

☐ **Warfarin** startdatum:____-____-____ INR-mål ☐ 2,0-3,0 ☐ Annat_____

☐ **Lågmolekylärt heparin,** preparat, dos:_____

☐ **Eliquis** startdatum:____-____-____ ☐ 5 mg x 2 ☐ 2,5 mg x 2

☐ 10 mg x 2 första 7 d vid DVT/LE

☐ **Xarelto** startdatum:____-____-____ ☐ 20 mg x 1 ☐ 15 mg x 1

☐ 15 mg x 2 första 3 v vid DVT/LE

☐ **Pradaxa** startdatum:____-____-____ ☐ 150 mg x 2 ☐ 110 mg x 2

☐ **Lixiana** startdatum:____-____-____ ☐ 60 mg x 1 ☐ 30 mg x 1

Behandlingstid: ☐ Antal mån:_____ ☐ Tills vidare ☐ Inför elkonvertering

Övriga sjukdomar: ☐ Diabetes ☐ Hjärtsvikt ☐ Hypertoni ☐ Kranskärlssjukdom ☐ Njursvikt ☐ Leversjukdom ☐ Tidigare stroke/TIA

Andra diagnoser:_____

Vikt: _____ kg **S-Kreatinin**:_____ µmol/L PK-värde vid warfarinstart:_____

Vid DVT: Ankelomfång:_____cm Vadomfång:_____cm

NOAK

☐ Följ rutin för S-kreatinin: eGFR >60 ml/min: var 12:e mån, eGFR 30-60: var 6:e mån, eGFR 15-30: var 3:e mån.

☐ Annat intervall önskas, var:_____ mån ☐ Inte, sköter prover själv

BIFOGA AKTUELL MEDICINLISTA OCH EVENTUELLA PK-VÄRDEN + WARANDOSER

Läkarunderskrift/förtydligande: _____**Datum:** ____-____-____

Behandlingsansvaret kvarligger hos insättande läkare om inte annat meddelas nedan.

Fortsatt behandlingsansvar:_____

OBS! Remiss måste skrivas för uppföljning av patienten!

Underlaget skickas till: AK-mottagningen, SÄS Borås Tfn: **033-616 45 09** Fax: **033-616 14 59**

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Blankett, övrig

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Björn Fredriksson, (bjofr), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-384

Version: 4.0

Giltig från: 2023-09-05

Giltig till: 2025-09-01