AK-mott	Gävle/ Sandviken	Tel 78067	Fax 54257, 78118	**Patient ID/etikett: ……..**
AK-mott	Hudiksvall	Tel 92778	Fax 92145	☐ Bor på boende (ange vilket)
AK-mott	Bollnäs	Tel 38377	Fax 38319	☐ Hjälp av distriktssköt. (ange namn)
AK-mott	Söderhamn	Tel 77233	Fax 77207	**Pat tfn:**

Waran remiss - nyinsättning eller överföring till annan vårdgivare

Ansvarig överläkare/specialist: ……Tel: ……
Waranindikation:

☐ **Hjärtklaffprotes** ☐ **Mekanisk** ☐ Aorta
☐ Annan ……..
☐ **Biologisk** ☐ Mitralis
☐ **Förmaksflimmer**
☐ **TIA/Stroke** ☐ **DVT**
☐ **Annan artäremboli** ☐ **Lungemboli**
☐ **Annat:** ……..

Andra väsentliga sjukdomar/problem

……
Övrig medicinering: Ange vilka preparat patienten tar eller bifoga aktuell läkemedelslista. Obs även ”naturläkemedel” och ”hälsopreparat”.
…….

☐ **Nyinsättning** ☐ **Elkonvertering** ☐ **Överföring till: ……**

PK-intervall ☐ **2,0-3,0**
☐ …….. Orsak till annat: ……

Behandlingstid ☐ 3 mån ☐ tillsvidare
☐6 mån ☐ annat ……...

PAL ordinerar i tabellen tills AK-mottagningen övertar ordinationen

Datum:								
PK-INR								
Waran 2,5mg tabl/dag								
LMWH-dos								

OBS! Ge alltid ordination för provtagningsdagen samt över helgdagar.
Ordna första provtagning efter hemgången (ej provtagning dag före helgdag).
Undvik provtagning fredagar.(gäller ej Söderhamn och Bollnäs).