Ak-mott	Gävle/ Sandviken	Tel 78067	Fax 78118	Patient tel: ……
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	**Patient id**

Waranremiss – tillfällig utsättning i samband med invasivt ingrepp/kirurgi

Ansvarig överläkare/specialist: ……Tel ……..

Waranindikation:

☐ **Hjärtklaffprotes** ☐ Mekanisk ☐ Aorta
☐ Biologisk ☐ Mitralis
☐ Annan ……..

☐ **Förmaksflimmer**
☐ TIA/Stroke
☐ Annan artäremboli

☐ **Annat:** ……..

☐ **Tillfällig utsättning**

Operationsdatum: …….. Ingrepp: ……..

Önskat PK-INR opdagen……. ☐ Planerad ryggbedövning
☐ Ökad risk för periop. blödning

☐ **Återinsättning postoperativt** ☐ Dagkirurgisk
☐ Inneliggande. Utskrivningdag:….....

☐ Upptrappning enl rutin ”**Waranbehandling i samband med elektiva operativa ingrepp”**
☐ Annan upptrappning, ordineras direkt i tabell

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).