

Datum _____

Patientuppgifter _____

Vårdande enhet _____

Namn läkare _____

Namn PAL _____ Diagnos _____

☐ Nyinsättning ☐ Dosering av Warfarin

Vikt _____ kg datum _____ Målvärde PK/INR _____

DC konvertering? Ja ☐ (Separat remiss till Hjärtmott. eller Med.mott LE) Nej ☐

Prel. behandlingstid _____

RISKFAKTORER
Blödning

Ja	Nej	
☐	☐	Hypertoni
☐	☐	Njurfunktionsnedsättning
☐	☐	Leverfunktionsnedsättning
☐	☐	Stroke
☐	☐	Tidigare blödning/anemi/blödningsbenägenhet
☐	☐	Svängande INR (TTR <60%)
☐	☐	Trombocythämmare (ASA/clopidogrel)
☐	☐	Etanolmissbruk

 Inga riskfaktorer Blödning ☐
Trombos/emboli

Ja	Nej	
☐	☐	Hjärtsvikt
☐	☐	Hypertoni
☐	☐	Diabetes
☐	☐	Stroke/TIA eller annan kardiell emboli
☐	☐	Kärlsjukdom

 Inga riskfaktorer Trombos/emboli ☐
Ordination
☐ T. Warfarin Orion 2,5 mg ☐ T. Waran 2,5 mg ☐ T. Marcoumar 3 mg

Datum:							
	Mån	Tis	Ons	Tors	Fre	Lör	Sön
Dos:							

Datum:							
	Mån	Tis	Ons	Tors	Fre	Lör	Sön
Dos:							

 Datum för nästa PK-kontroll _____ Recept har skickats Ja ☐ Nej ☐
Ordination LMH

Läkemedel (inkl. styrka) _____ Startdatum _____

Dos IE/dag _____

Slutdatum
☐ När terapeutiskt PK uppnåtts och minst 5 dagars dosering av Waran efter nystart pågått.

☐ Annan tidpunkt: _____

Informera aktuell AK-mottagning om ifylld blankett i COSMIC samt faxa kopia av blå ordinationslista

 Hjärtmott. Tel:12773,
 Fax:018-6115597, RP: BC57

 Med.mott AS. Tel:14388,
 Fax:018-6114365, RP:CH56

 Med.mott LE: Tel:18236,
 Fax: 0171-21156

 Aktuell
 primärvårdsmottagning