

Remiss till AK-mottagningen

För nyinställning av och information om behandling med warfarin

BehandlingsindikationFörmaksflimmer Primär profylax Sekundär profylax
(stroke/TIA i anamnesen)

CHA2DS2-VASc ____ poäng

 Elkonvertering planeras Djup ventrombos Annat _____**Behandlingstid** tills vidare 3 månader 6 månader annat**Behandlingsintensitet** normal, PK 2,0 - 3,0 låg, PK 2,0 – 2,5 hög, PK 2,5 - 3,5

Blodtryck _____

 aktuell läkemedelslista i Cambio Cosmic aktuell läkemedelslista bifogas

Patienten är i behov av hjälp av distriktsköterska för

 provtagning tablettindelning

Namn på distriktsköterska _____

Remissdatum _____

Remitterande läkare, arbetsplats och tfn _____