

**AK-mottagningen**

Karlstad tfn: 010-839 15 12

Arvika tfn: 010-831 24 29

Torsby tfn 010-834 71 01 alt. 471 66

**Dosjustering av antikoagulantia**

inför kirurgi eller invasiv undersökning/behandling

.....  
Namn ..... Personnummer .....har fått tid för .....  
(typ av ingrepp)

Datum ..... klockslag .....

Ingreppet ska göras  polikliniskt  i slutna vård**Om behandling med Eliquis / Pradaxa / Xarelto/Lixiana**Blödningsrisken i samband med ingreppet motsvarar:  stor kirurgi  liten kirurgi*AK-mottagningen återinsätter AK-behandlingen **dagen efter ingreppet** vid poliklinisk kirurgi om inget annat anges på meddelanderaden nedan.***Om behandling med Waran / Warfarin**

Önskvärt PK-värde på ingreppsdagen

  $\leq 1.8$  (vid liten blödningsrisk)   $\leq 1.5$  (vid stor blödningsrisk)  annat .....*AK-mottagningen återinsätter AK-behandlingen **på ingreppsdagen** vid poliklinisk kirurgi om inget annat anges på meddelanderaden nedan.***Ev. meddelande**.....AK-mottagningen förskriver Fragmin om *medicinsk* indikation finns.Om patienten vårdas i slutna vård postoperativt, ansvarar den opererande enheten för ordination av Fragmin om *kirurgisk* indikation finns.Blanketten ifylld av.....  
(namn på läkare/sköterska)

Patientens AK-mottagning tillhanda senast 1 vecka före ingreppet.