

## Remiss till AK-mottagningen

För inställning och uppföljning av **NOAK** (Non-vitamin K-beroende Orala AntiKoagulantia)**Förmaksflimmer** Primär profylax Sekundär profylax

CHA2DS2-VASc \_\_\_\_ poäng

**Eliquis®** 5 mg x 2 2.5 mg x 2 om 2 av 3 av följande kriterier uppfylls:

≥80 år, vikt ≤60 kg, kreatinin ≥133 µmol/L eller enbart eGFR &lt;30 mL/min.

**Lixiana®** 60 mg x 1 (eGFR 50-95 mL/min, används med försiktighet då eGFR >95 mL/min) 30 mg x 1 (Om 1 eller flera uppfylls: eGFR 15-50 mL/min, vikt ≤60 kg

P-gp-hämmarna Ciklosporin, Dronedaron, Erytromycin, Ketokonazol.)

**Xarelto®** 20 mg x 1 15 mg x 1 (eGFR 15-49 mL/min)*Eliquis®, Lixiana®, Xarelto® är kontraindicerat om eGFR <15 mL/min***Pradaxa®** 150 mg x 2 110 mg x 2 (ålder ≥80 år)*Obs! att Pradaxa inte kan dosdispenserar eller läggas i vanlig dosett. Pradaxa är kontraindicerat om eGFR <30 mL/min.*

Behandlingstid

 Tills vidare Inför och efter elkonvertering Annat \_\_\_\_\_**Venös trombos** Djup ventrombos Lungemboli Annat \_\_\_\_\_**Eliquis®** 5 mg 2 x 2 under 7 dagar, därefter 5 mg 1 x 2, se FASS.**Eliquis®** 5 mg 1 x 2 om behandlingsstart senare än 1 vecka efter diagnos.**Eliquis®** 2.5 mg 1 x 2 som sekundärprofylax vid recidiverande VTE efter slutförd 6-månadersbehandling.  
Gäller vid insättning om eGFR >30 mL/min.**Xarelto®** 15 mg x 2 under 3 veckor, därefter 20 mg x 1**Xarelto®** 20 mg x 1 om behandlingsstart senare än 3 veckor efter diagnos.

Eller som sekundärprofylax vid recidiverande VTE under Xarelto 10 mg behandling.

**Xarelto®** 10 mg x 1 som sekundärprofylax vid recidiverande VTE efter slutförd 6-månadersbehandling.  
Gäller vid insättning om eGFR >30 mL/min.Vid VTE behandling med **Lixiana®** samt **Pradaxa®** skall alltid föregås av initial behandling med LMH 5 dagar.**Lixiana®** 60 mg x 1 30 mg x 1

(Kriterier samma som för förmaksflimmer, se ovan.)

**Pradaxa®** 150 mg x 2 110 mg x 2 (ålder ≥80 år)

Vid sekundärprofylax används samma kriterier som initial behandling för Lixiana® och Pradaxa®

**Behandlingstid** 3 månader 6 månader Tills vidare Annat \_\_\_\_\_**AK-prover** inför behandling tagna och bedömda, max 1 månad gamla Ja eGFR, mL/min \_\_\_\_\_

(Hb, TPK, PK, APTT, eGFR (kreatinin), ASAT, ALAT, ALP, bilirubin)

Vikt \_\_\_\_\_ kg.

Blodtryck: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg.

 Recept skrivet av remitterande läkare

Meddelande om övrigt eller namn på ev DSK \_\_\_\_\_

Remitterande läkare och arbetsplats \_\_\_\_\_ Remissdatum \_\_\_\_\_