

AK-Hjemmepleje

For at kunne varetage AK-behandlingen på forsvarlig vis har vi brug for nogle basisoplysninger om patienten, før vi kan overtage behandlingen.

Udfyldes af sygeplejerske

* Patientnavn

«fornavn» «efternavn»

* CPR

«cprnr»

* Patientens adresse

«adresse»

«postnr»

Kommune: Kalundborg

* Bosted

Eget hjem

Pleje-ældre-center

* Patientens kontaktpersons navn / Plejecenter / Tlf. nr.

Kontaktperson _____

Plejecenter _____

Tlf. nr. _____

* Egen læges navn / Adresse / Tlf. nr.

«doktor»

Adresse _____

Tlf. nr.: «dokterlftf»

* Patientens vægt (kg)

Udfyldes af læge

* Allergi

Nej

Ja

Hvis ja, for hvad?

* Indikation for AK-behandling

Atrieflimren eller atrieflagren

DVT

Lungeemboli

Kunstig hjerteklap

Hvis ja, type _____

Andet _____

* AK-behandling

Warfarin 2,5 mg

Marevan 2,5 mg

Marcoumar 3 mg

Andet _____

Antal tabletter pr. uge

* Trombocytfunktionshæmmende medicin

Ja Nej

ASA (Magnyl, Hjerdyl mv.)

ADP-receptorhæmmere (Clopidogrel,
Brillique mv.)

Andet?

* Startdato for AK-behandling

*** AK-behandlingens varighed**

Livslang

12 mdr.

6 mdr.

Andet

*** Terapeutisk niveau**

2-3

2,5-3,5

Andet

*** Sygdomme i øvrigt**

Ja	Nej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hjertesvigt/nedsat ve. ventrikelfunktion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tidligere Apopleksi/TCI/Perifer emboli
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Myokardieinfarkt, perifer arteriel sygdom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abnorm Nyrefunktion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abnorm leverfunktion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tidligere indlæggelseskrævende blødning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alkohol over 8 genstande/uge

*** Resultat og dato for de 3 sidste INR målinger**

Dato			
INR resultat			
AK-dosering, tabl. pr. uge			

*** Relativ kontraindikation til AK-behandling**

Ja Nej

Hvis ja, hvad?

Mange tak for din hjælp

Venlig hilsen
 AK-Centret
 Klinisk Biokemisk Afdeling
 Næstved sygehus

Ansvarlig for udfyldelse af skema

Navn (læge) _____

Dato/underskrift _____

Navn (sygeplejerske): «pers_navn»

Dato/underskrift _____

Medicinliste

Præparatnavn	Styrke	Gange dagligt