

Waranbehandling, konsultremiss

Inför planerad tandbehandling av patient med antikoagulantibehandling.

I form av T Waran

Patient:

Personnummer:.....

Namn:.....

Datum för ingreppKl:.....

Typ av ingrepp:.....

Önskad nivå på INR: (INR < 2,8).....

Annan nivå:.....

Flertalet tandläkaringrepp går att utföra med terapeutiskt INR <2,8.
Om annan nivå på INR önskas inför det planerade ingreppet bör skäl för detta anges.

Utfärdade recept:

Brustabl Cyklokapron 1g (16 st) Ja:..... Nej, ej indicerat:.....

Tandläkare:.....

Telefon:.....

Telefon- och faxnummer	Telefon	
AK-mottagningen Ljungby	0372-58 53 25	
Kem lab Ljungby	0372-58 50 80	
AVK-mottagningen Växjö	0470-58 81 63	
Sjukhustandvården Ljungby	0372-58 54 77	
SPTV Sjukhustandvård Växjö	0470-58 77 00	
SPTV Käkkirurgi Växjö	0470-58 77 00	