

Tilleggsinformasjon ved mistenkt bivirkning av antikoagulantia

Sendes sammen med ordinært bivirkningsskjema til RELIS i din helseregion

Pasientidentifikasjon:

Initialer: _____

Fødselsdato: _____

Kjønn: _____

1. Hvilket legemiddel ble brukt?
(dosering, startdato og evt stoppdato gis i hovedskjema)

Legemiddelnavn: _____

2. Hva var indikasjonen for bruk av anti-koagulantia hos pasienten?
(flere alternativer er mulig)

- Atrieflimmer
- Angina pectoris
- Perifer karsykdom
- Hjerteinfarkt
- Kunstig hjerteklaff/karprotese (perifert)
- DVT
- Lungeemboli
- Venstre ventrikelaneurisme
- TIA
- Hjerneslag
- Hjertesvikt
- Elektrokonvertering av atrieflimmer
- Profylakse etter kirurgi
- Andre årsaker/diagnoser: _____

3. Hvor lenge skulle antikoagulasjons-behandlingen vare?

- Livslang
- Ikke bestemt/inntil videre
- Tidsbestemt, angi antall måneder/år: _____
- Ukjent

7. Dersom warfarin (Marevan m.fl.) er brukt:

7a. Sist målte INR-verdi før bivirkning/terapisvikt (trombose) inntrådte: _____

7b. Ønsket INR-intervall (målområde) hos pasienten: _____ til _____

7c. Hvis INR lå utenfor ønsket intervall da bivirkningen inntrådte - hva kan være årsaken til dette?

8. For alle antikoagulantia:

8a. Har pasienten tatt tablettene som forskrevet? Nei: Ja: Ukjent:
Hvis nei, hva er kjent om medikamentetterslevelse?

8b. Hvor lenge før innleggelsen/hendelsen ble siste tablett tatt? _____

8c. Tar pasienten natur(lege)midler, kosttilskudd, helsekostpreparater e.l.? Nei: Ja: Ukjent:
Hvis ja, hvilke? (Øvrige samtidige legemidler angis på hovedskjema):

4. Hvem startet/anbefalte antikoagulasjons-behandlingen?

- Allmennlege
- Sykehus/sykehuspoliklinikk
- Ukjent
- Annet: _____

5. Har pasienten byttet fra annen tilsvarende behandling?

- Nei Ja
Hvis ja: angi fra hvilket preparat og fremgangsmåte ved bytte (hvis kjent):

6. Hvor har pasienten gått til kontroll?

- Allmennlege
- Sykehus/sykehuspoliklinikk
- Både allmennlege og sykehus-/sykehuspoliklinikk
- Sykehjem
- Ingen kontroller

6a Eventuell hyppighet av kontroller: _____

9. Hva tror du var årsak til at bivirkning inntrådte?

- Manglende/for sjelden kontroll
- Interkurrent sykdom Hvilke(n)? _____
- Interaksjon med andre legemidler Hvilke(t) ? _____
- Interaksjon med kosttilskudd/naturmidler/mat Hvilke(t) ? _____
- Forskrevet dosering ikke hensiktsmessig
- Pasienten har tatt feil dose For høy: For lav:
- Pasienten har brukt gammel og ny behandling samtidig

Andre årsaker til bivirkning? Gi en kort vurdering eller tilleggsinformasjon (stikkord)

10. Kunne noe vært gjort for å unngå bivirkning/terapisvikt hos pasienten?

Gi en kort vurdering (stikkord):

11. Resultat av prøver

Kreatinin: _____

eGFR: _____

Bilirubin: _____

ALAT: _____

APTT: _____

INR: _____

Hemoglobin: _____

Trombocytter: _____

Serumnivå av antikoagulantia (hvis kjent på meldetidspunkt): _____

Pasientens vekt: _____ kg (evt BMI= _____ kg/m²)

Pasientens høyde: _____ cm

Hvis det belyser saken, legg gjerne ved journalutskrift, epikrise eller lignende

Dato

Underskrift og/eller stempel

12. Meldingsnummer (for internt bruk): _____