Kontrollkort for antikoagulasjonsbehandling

Pasientens navn: . . . . . .

Adresse: . . . . . .

Telefon: . . . . . .

Fødselsdato: . . . . . .

Jeg er under behandling med ..... (fyll inn legemiddel selv)
som nedsetter blodets evne til å koagulere, dvs. levre seg og
har derfor økt blødningstendens.

I am under continous treatment with.....(Fill in the drug)
This agent reduces the coagulability of the blood. I have therefore
an increased tendency of bleeding

Indikasjon: . . . . . .

Behandlingsstart: . . . . . .

Planlagt varighet: . . . . . .

Anbefalt INR-nivå:

Lav intensitet INR 2,5 ☐

Høy intensitet INR 3,0 ☐

Annen anbefaling ☐ . . . . . .

Kortene kan bestilles på: www.orifarm.com/no/helsepersonell

ORIFARM

Orifarm Norge
Orifarm Healthcare AS
Sandakerveien 138
NO-0484 Oslo
Epost: info@orifarm.com

April 2026

Behandlende lege:

Kontroll		DOSERING (tabletter pr. dag)								Ukedose Antall tbl.	Neste kontroll
Dato	INR	Preparat	Man.	Tirs.	Ons.	Tors.	Fre.	Lør.	Søn.		

Bær alltid dette kortet på deg!

Andre legemidler og naturlegemidler i kombinasjon med Marevan skal bare brukes i samråd med lege.