Картичка со предупредувања за пациентот
Apixaban

Носете ја оваа картичка со вас во секое време

Покажете ја оваа картичка на вашиот фармацевт, стоматолог и сите други здравствени работници што ве лекуваат.

Верзија 1, Септември 2024

Информации за пациентите

• Редовно земајте апиксабан според инструкциите. Ако пропуштите доза, земете ја веднаш штом ќе се сетите и продолжете да го следите распоредот за дозирање.

• Не престанувајте да земате апиксабан без да разговарате со вашиот лекар, бидејќи сте изложени на ризик да страдате од мозочен удар или други компликации.

• Апиксабан помага да се разреди вашата крв. Сепак, ова може да го зголеми ризикот од крварење.

• Знаците и симптомите на крварење вклучуваат модринки или крварење под кожата, измет со боја на катран, крв во урината, крварење од носот, вртоглавица, замор, бледило или слабост, ненадејна силна главоболка, кашлање крв или повраќање крв.

• Ако крварењето не престане само по себе, **веднаш побарајте медицинска помош**.

• Ако ви треба операција или било каква инвазивна процедура, информирајте го вашиот лекар дека земате апиксабан.

Верзија 1, Септември 2024

Јас сум под антикоагулантна терапија со апиксабан за спречување на згрутчување на крвта

Информации за здравствените работници

• Апиксабан е орален антикоагуланс кој делува со директна селективна инхибиција на факторот Ха.

• Апиксабан може да го зголеми ризикот од крварење. Во случај на големо крварење, лекот треба веднаш да се прекине.

• Третманот со апиксабан не бара рутинско следење на изложеноста. Калибрираната квантитативна анти-фактор Ха анализа може да биде корисна во исклучителни ситуации, на пр., предозирање и итна операција. Тестовите за згрутчување како што се протромбинско време (PT), интернационален нормализиран соодност (INR) и активирано парцијално тромбопластинско време (aPTT) не се препорачуваат) - видете Збирен извештај за особините на лекот

• Достапно е средство за поништување на активноста на антифакторот Ха на апиксабан.

Ве молиме пополнете го овој дел или побарајте од вашиот лекар да го направи тоа

Име: ____

Датум на раѓање: ____

Индикација: ______________________________________

Доза: ___________________________________mg два пати на ден

Име на лекарот: ______________________________________

Телефон на лекарот: __________________________________

Верзија 1, Септември 2024