

## Картица за предупредување за пациент



Носете ја оваа картичка со Вас во секое време

**Покажете ја оваа картичка на Вашиот фармацевт, стоматолог и сите други здравствени работници кои ве лекуваат.**

### Информации за пациентот

- Земајте го редовно лекот Eliquis според упатството. Доколку сте пропуштиле некоја доза, земете ја штом се сетите и потоа продолжете со земање на лекот според вообичаениот распоред.
- Немојте да го прекинете земањето на лекот Eliquis без претходна консултација со Вашиот лекар, поради ризик од настанување на мозочен удар или други компликации.
- Лекот Eliquis спречува згрутчување на крвта на тој начин што ја разредува крвта. Меѓутоа тоа може да доведе до крварење.
- Знаците и симптомите на крварењето вклучуваат појава на модрици или поткожно крварење, столица со боја на катран, крв во урината, крварење од носот, вртоглавица, замор, бледило или слабост, изненадна тешка главоболка, искашлување на крв или повраќање на крв.
- Во случај да дојде до крварење кое не поминува само од себе, **треба веднаш да се побара лекарска помош.**
- Доколку Ви е потребна хируршка интервенција или инвазивна процедура, информирајте го Вашиот лекар.

**Јас сум на антикоагулантна терапија со лекот Eliquis (apixaban) за спречување на згрутчување на крвта.**

### Информации за здравствените работници

- Eliquis (apixaban) е орален антикоагуланс кој делува директно на селективна инхибиција на факторот Ха.
- Eliquis може да го зголеми ризикот од крварење. Во случај на големо крварење, треба веднаш да се прекине со земање на лекот Eliquis!
- Терапијата со Eliquis не бара рутинско следење на изложеноста. Калибрирана квантитативна анализа анти-фактор Ха може да биде од корист во исклучителни ситуации, на пр. Предозирање и итна операција (тестови на коагулација како што се (протромбинско време (PT), интернационални нормализиран однос (INR) и активирано парцијално тромбoplastично време (aPTT) не се препорачува) – види SmPC.

**Ве молиме поплнете го овој дел или замовете го Вашиот  
лекар да го пополни**

Име и Презиме: \_\_\_\_\_

Датум на раѓање: \_\_\_\_\_

Индикација: \_\_\_\_\_

Доза: \_\_\_\_\_ mg двапати дневно

Име на лекарот: \_\_\_\_\_

Телефон на лекарот: \_\_\_\_\_

