

**Kartica sa
upozorenjima
za pacijenta**

***Eliquis*[®]
apiksaban**

Uvek nosite ovu
karticu sa sobom

**Pokažite ovu karticu Vašem
farmaceutu, stomatologu
i drugim zdravstvenim
stručnjacima koji Vas leče.**

Informacije za pacijenta

- Uzimajte redovno lek Eliquis prema uputstvu. Ukoliko ste propustili dozu, uzmite je čim se setite i zatim nastavite sa uzimanjem leka po uobičajenom rasporedu.
- Nemojte prestajati sa uzimanjem leka Eliquis bez prethodne konsultacije sa Vašim lekarom, zbog rizika od nastajanja moždanog udara ili drugih komplikacija.
- Lek Eliquis sprečava stvaranje krvnih ugrušaka tako što razređuje krv. Međutim, to može povećati rizik od krvarenja.
- Znaci i simptomi krvarenja uključuju pojavu modrica ili potkožnog krvarenja, stolicu boje katrana, krv u urinu, krvarenje iz nosa, vrtoglavicu, zamor, bledilo ili slabost, iznenadnu tešku glavobolju, iskašljavanje krvi ili povraćanje krvi.
- U slučaju da dođe do krvarenja koje ne prolazi samo od sebe, **odmah zatražite medicinsku pomoć.**
- Ukoliko Vam je neophodna hirurška intervencija ili neka invanzivna procedura, obavestite Vašeg lekara da uzimate lek Eliquis.

Ja sam na antikoagulantnoj terapiji lekom Eliquis (apiksaban) za sprečavanje nastanka krvnih ugrušaka

Informacije za zdravstvene stručnjake

- Eliquis (apiksaban) je oralni antikoagulans koji deluje direktnom selektivnom inhibicijom faktora Xa.
- Eliquis može povećati rizik od krvarenja. U slučaju velikog krvarenja, treba odmah prestati sa uzimanjem leka Eliquis.
- Terapija lekom Eliquis ne zahteva rutinsko praćenje izloženosti. Kalibrisana kvantitativna analiza anti-faktora Xa može biti od koristi u izuzetnim situacijama, npr. predoziranje i hitne operacije (testovi koagulacije kao što su protrombinsko vreme (PT), internacionalni normalizovani odnos (INR) i aktivirano parcijalno tromboplastinsko vreme (aPTT) se ne preporučuju - videti SmPC).
- Postoji lek za reverziju anti-faktor Xa aktivnosti apiksabana.

Datum revizije teksta: Oktobar 2022.

**Molimo Vas popuniti
ovaj odeljak ili zamolite
Vašeg lekara da ga popuni**

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

Indikacija: _____

Doza: _____ mg dva puta dnevno

Ime i prezime lekara: _____

Broj telefona lekara: _____



Bristol-Myers Squibb

