

Kartica sa  
upozorenjima  
za pacijenta

*Eliquis*<sup>®</sup>  
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.

**Molimo Vas popunite  
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

