

**INFORMAČNÍ
KARTA
PRO PACIENTA**

5 mg nebo 2,5 mg
dvakrát denně

Eliquis[®]
apixaban

Vážený paciente,

lékař Vám předepsal přípravek ELIQUIS® (apixaban). Aby bylo zajištěno, že užívání přípravku ELIQUIS® pro vás bude bezpečné, přečtěte si, prosím, důležité informace uvedené zde i příbalovou informaci přiloženou v každé krabičce přípravku.

Přípravek ELIQUIS® užívejte pravidelně podle pokynů lékaře a dávky nevynechávejte.

Informace o přípravku ELIQUIS® určené pro PACIENTY

- Lékař vám předepsal přípravek ELIQUIS®, který zabraňuje tvorbě krevních sraženin.
- Přípravek ELIQUIS® užívejte pravidelně podle pokynů lékaře. Jestliže vynecháte dávku léku, užíjte ji ihned, jakmile si vzpomenete, a dále pokračujte v předepsaném režimu užívání.
- Přípravek ELIQUIS® nevysazujte, aniž byste se nejdříve poradili se svým lékařem, jelikož u vás hrozí riziko mozkové příhody nebo jiných komplikací způsobených tvorbou krevních sraženin.

- Přípravek ELIQUIS® zabraňuje tvorbě krevních sraženin tím, že krev ředí. To však může zvýšit riziko krvácení.
- Mezi známky a příznaky krvácení patří tvorba modřin nebo podkožní krvácení, dehtově černá stolice, přítomnost krve v moči, krvácení z nosu, závratě, únava, bledost nebo slabost atd.
- Vyskytne-li se krvácení, které samo neustane, **ihned vyhledejte lékařskou pomoc.**
- Budete-li muset podstoupit operaci, uvědomte ošetřujícího lékaře, že užíváte ELIQUIS®.

Informace o přípravku ELIQUIS® určené pro ZDRAVOTNÍKY

- ELIQUIS® (apixaban) je perorální antikoagulans působící přímou selektivní inhibicí faktoru Xa.
- Přípravek ELIQUIS® může zvýšit riziko krvácení. V případě výskytu závažného krvácení je nutno léčbu přípravkem ELIQUIS® ihned ukončit.
- Koagulační testy ke zjištění protrombinového času (PT), INR a aktivovaného parciálního tromboplastinového času (aPTT) se k měření antikoagulačního účinku přípravku ELIQUIS® nedoporučují.

Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování.
Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky prostřednictvím národního systému hlášení.

Svého lékaře požádejte, aby vyplnil
následující část.

INFORMACE O PACIENTOVÍ

Jméno pacienta

.....
.....

Datum narození

.....

Indikace podávání antikoagulační léčby

.....
.....
.....

Dávkování přípravku ELIQUIS®

.....
.....

Kontaktní údaje lékaře,
který přípravek předepsal:

.....
.....
.....
.....
.....

**JE DŮLEŽITÉ,
ABYSTE TUTO KARTU
NOSILI STÁLE U SEBE
PO CELOU DOBU UŽÍVÁNÍ
PŘÍPRAVKU ELIQUIS®.**

**KARTU PŘEDLOŽTE
SVÉMU LÉKÁRNÍKOVÍ
A JINÝM ZDRAVOTNICKÝM
PRACOVNÍKŮM.**



Bristol-Myers Squibb



Datum revize: leden 2014
Datum vyhotovení 7. 3. 2014

432CZ14NP01446-01
ELQ-2014.01.006