

PAA176097



ES

Tarjeta de información para el paciente

Eliquis®
(apixabán)

Lleve siempre consigo esta tarjeta

Muestre esta tarjeta a su farmacéutico, dentista, y cualquier otro profesional sanitario que le trate.

Información para pacientes

- Tome Eliquis de forma regular siguiendo las Instrucciones. Si olvidó una dosis, tómela en cuanto se acuerde y después siga tomando el medicamento como de costumbre.
- No interrumpa el tratamiento con Eliquis sin hablar primero con su médico, porque estaría en riesgo de sufrir un ictus u otras complicaciones.
- Eliquis ayuda a hacer su sangre más fluida. Sin embargo, esto puede aumentar el riesgo de sangrado.

- Los síntomas y señales de sangrado incluyen hematomas o sangrado bajo la piel, heces de color negrozco, sangre en la orina, sangrado por la nariz, aturdimiento, cansancio, palidez o debilidad, dolor de cabeza repentino, tos con sangre o vómitos de sangre.
- En caso de presentar un sangrado que no cese por sí mismo, busque atención médica de forma inmediata.
- Si necesita someterse a una cirugía u otro procedimiento invasivo, informe a su médico que está tomando Eliquis.

Abril 2021

PAA176097

Estoy recibiendo tratamiento anticoagulante con Eliquis (apixabán) para prevenir los coágulos sanguíneos

Información para profesionales sanitarios

- Eliquis (apixabán) es un anticoagulante oral que actúa por inhibición directa y selectiva del factor Xa.
- Eliquis puede aumentar el riesgo de sangrado. En caso de eventos de sangrado mayor, debe interrumpirse el tratamiento inmediatamente.
- El tratamiento con Eliquis no requiere monitorización rutinaria de exposición a apixabán. Un ensayo cuantitativo anti-factor Xa calibrado puede ser útil en situaciones excepcionales, por ejemplo sobredosis o cirugía de emergencia (no se recomiendan los ensayos de tiempo de protrombina (TP), Ratio Internacional Normalizado (INR) y el tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPa)) – ver Ficha Técnica.
- Está disponible un agente para revertir la actividad anti-factor Xa.

Por favor, complete esta sección o pídala a su médico que la complete

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____
Indicación: _____
Dosis: _____ mg dos veces al día
Nombre del médico: _____
Número de teléfono del médico: _____

Bristol Myers Squibb

Pfizer