

# Patientenausweis



## Eliquis®

(Apixaban)

**Tragen Sie diesen Ausweis  
ständig bei sich**

**Zeigen Sie diesen Ausweis Ihrem Apotheker,  
Ihrem Zahnarzt und allen Ärzten, die Sie behandeln.**

### Information für Patienten

- Nehmen Sie Eliquis® regelmäßig nach den Anweisungen Ihres Arztes ein. Wenn Sie eine Einnahme vergessen haben, nehmen Sie die Tablette, sobald Sie es bemerken, und setzen Sie danach die Einnahme wie gewohnt fort.
- Brechen Sie die Behandlung mit Eliquis® nicht ohne vorherige Rücksprache mit Ihrem Arzt ab, da bei Ihnen das Risiko eines Schlaganfalls oder anderer Komplikationen besteht.
- Eliquis® hilft, Ihr Blut zu verdünnen. Dies kann jedoch das Risiko für Blutungen erhöhen.
  
- Anzeichen und Symptome von Blutungen können Blutergüsse oder Einblutungen unter der Haut, Teerstuhl, Blut im Urin, Nasenbluten, Schwindel, Müdigkeit, Blässe, Schwäche, plötzliche starke Kopfschmerzen, Abhusten von Blut oder blutiges Erbrechen sein.
- **Suchen Sie umgehend einen Arzt auf**, falls bei Ihnen eine Blutung nicht selbständig aufhört.
- Falls bei Ihnen eine Operation notwendig sein sollte, informieren Sie vor der Operation Ihren behandelnden Arzt, dass Sie Eliquis® einnehmen.

# Ich werde mit dem Antikoagulanzen Eliquis® (Apixaban) behandelt, um der Entstehung von Blutgerinnseln vorzubeugen.

## Information für Arzt und Apotheker

- Eliquis® (Apixaban) ist ein orales Antikoagulanzen, das durch die direkte, selektive Hemmung des Blutgerinnungsfaktors Xa wirkt.
- Eliquis® kann das Risiko für Blutungen erhöhen. Im Falle einer schweren Blutung ist die Behandlung mit Eliquis® unverzüglich abubrechen.
- Die Behandlung mit Eliquis® erfordert keine Routineüberwachung der Exposition. Ein kalibrierter quantitativer anti-Faktor Xa Test kann in Ausnahmesituationen, z.B. bei Überdosierungen und Notfalloperationen, nützlich sein (Prothrombinzeit (PT), International Normalized Ratio (INR) und aktivierte partielle Thromboplastinzeit (aPTT) Gerinnungstests sind nicht empfohlen) - siehe Fachinformation.

Bitte füllen Sie diesen Abschnitt aus oder bitten Sie Ihren Arzt darum

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Indikation: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_ mg 2x täglich

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Arztes: \_\_\_\_\_