

U.O. Patologia Clinica	<b>SCHEDA INFORMATIVA ELIQUIS</b>	Cod.Mod.IO352.15 del 17/03/2022 Rev. 00
------------------------	-----------------------------------	---

## **SCHEDA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE IN TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO) E CONSENSO INFORMATO ELIQUIS**

ELIQUIS (Apixaban) è un farmaco anticoagulante orale ad azione specifica inibente il fattore X attivato, un fattore fisiologico della coagulazione del sangue. Può essere prescritto in caso di tromboembolismo venoso (TEV) o di fibrillazione atriale non valvolare (FANV), situazioni patologiche in cui esiste un rischio legato alla formazione di trombi che possono occludere i vasi sanguigni.

La dose giornaliera è stabilita dal medico ed è fissa: una compressa due volte al giorno, da assumere indipendentemente dal cibo.

L'assunzione non regolare del farmaco aumenta il rischio di complicanze trombotiche. Un'eventuale dose dimenticata deve essere assunta fino a 6 ore prima della dose successiva, quindi se mancano meno di 6 ore alla dose successiva NON deve essere assunta.

Eliquis ha un effetto anticoagulante pressochè immediato: la concentrazione massima viene raggiunta dopo 1-3 ore dall'assunzione. Viene escreto per la maggior parte dal rene e la sua totale eliminazione avviene in circa 24 ore, in presenza di funzionalità renale nella norma.

E' di fondamentale importanza che il paziente si sottoponga alle visite di controllo periodiche (follow-up), dopo un mese di terapia e poi a cadenza trimestrale, salvo diversa indicazione medica.

Non sono note interazioni con il cibo.

Eliquis può presentare interazioni significative con altri farmaci, la cui contemporanea assunzione può provocare un potenziamento o un'inibizione della sua azione. E' importante rivolgersi al proprio Centro TAO di riferimento o al medico curante prima di assumere altri farmaci. Non ci sono controindicazioni alla somministrazione dei vaccini.

Tutto il personale sanitario con cui il paziente entra in contatto deve essere informato della TAO in corso.

### **Avvisare sempre il Centro TAO in caso di**

- biopsie
- interventi chirurgici
- esami endoscopici o invasivi
- interventi odontoiatrici

perché possa essere definito il programma di preparazione, per ridurre al minimo il rischio emorragico.

**Si prega di segnalare al Centro eventuali cambiamenti di indirizzo, numero telefonico, indirizzo email.**

U.O. Patologia Clinica	<b>SCHEDA INFORMATIVA ELIQUIS</b>	Cod.Mod.IO352.15 del 17/03/2022 Rev. 00
------------------------	-----------------------------------	---

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

dichiaro di aver ricevuto, nel corso del colloquio con il medico \_\_\_\_\_

informazioni dettagliate e chiare riguardo la terapia anticoagulante orale e di acconsentire a intraprendere il suddetto trattamento.

Firma del paziente (o di un parente) \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

U.O. Patologia Clinica	<b>SCHEDA INFORMATIVA ELIQUIS</b>	Cod.Mod.IO352.15 del 17/03/2022 Rev. 00
------------------------	-----------------------------------	---

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

dichiaro di aver ricevuto, nel corso del colloquio con il medico \_\_\_\_\_

informazioni dettagliate e chiare riguardo la terapia anticoagulante orale con ELIQUIS e di acconsentire a intraprendere il suddetto trattamento.

Firma del paziente (o di un parente) \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_