

Cara paziente, caro paziente, per mantenere il rischio di essere vittima di ictus e occlusione vascolare il più basso possibile, è importante che assuma Eliquis[®] regolarmente e sempre attenendosi scrupolosamente alle indicazioni del suo medico. Se ha dei dubbi, chiedi al suo medico o al suo farmacista. Nei pazienti con fibrillazione atriale la dose di solito è di una compressa due volte al giorno, per esempio una alla mattina e una alla sera. Può essere assunta con o senza cibo. In questo calendario può annotare l'assunzione di Eliquis[®] due volte al giorno e avere così una buona visione della presa delle compresse.

Ha ricevuto questo opuscolo perché il suo medico le ha prescritto Eliquis[®] per la prevenzione dell'ictus nella fibrillazione atriale. Questo calendario delle assunzioni non può sostituire la consulenza del medico. Se ha ulteriori domande, si rivolga direttamente al suo medico o al suo farmacista. Legga attentamente anche il foglietto illustrativo destinato ai pazienti contenuto in ogni confezione di Eliquis[®].

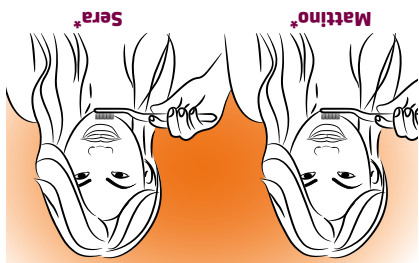
Cognome, Nome

per un'assunzione regolare di Eliquis[®] per prevenire ictus e occlusioni vascolari in pazienti con fibrillazione atriale

CALENDARIO DELLE ASSUNZIONI

Timbro dello studio medico

* Nei pazienti con fibrillazione atriale la dose di solito è di una compressa due volte al giorno, per esempio una alla mattina e una alla sera. Assuma Eliquis[®] attenendosi sempre e scrupolosamente alle indicazioni del suo medico. Se ha dei dubbi, chiedi al suo medico o al suo farmacista. Non modifichi di propria iniziativa la posologia prescritta.



... ad es. lavarsi i denti.

Prenda la compressa tutti i giorni alla stessa ora, associando l'assunzione a un'attività quotidiana come...

Eliquis®

Inizio del trattamento:

Dose: 5mg / 2.5mg

1 compressa 2 volte al giorno

Metta una crocetta per l'assunzione del ☀ mattino* e della 🌙 sera*.

Settimana	mattino* - sera*	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
1	☀	●	●	●	●	●	●	●
	🌙	●	●	●	●	●	●	●
2	☀	●	●	●	●	●	●	●
	🌙	●	●	●	●	●	●	●
3	☀	●	●	●	●	●	●	●
	🌙	●	●	●	●	●	●	●

4	☀	●	●	●	●	●	●	●
	🌙	●	●	●	●	●	●	●
5	☀	●	●	●	●	●	●	●
	🌙	●	●	●	●	●	●	●
6	☀	●	●	●	●	●	●	●
	🌙	●	●	●	●	●	●	●
7	☀	●	●	●	●	●	●	●
	🌙	●	●	●	●	●	●	●

8	☀	●	●	●	●	●	●	●
	🌙	●	●	●	●	●	●	●

Porti con sé questo calendario alla sua visita da

_____.

G G / M M / A A A A alle ore 0 0 : 0 0

Se ha delle domande, si rivolga al suo medico.

9	☀	●	●	●	●	●	●	●
	🌙	●	●	●	●	●	●	●
10	☀	●	●	●	●	●	●	●
	🌙	●	●	●	●	●	●	●
11	☀	●	●	●	●	●	●	●
	🌙	●	●	●	●	●	●	●
12	☀	●	●	●	●	●	●	●
	🌙	●	●	●	●	●	●	●