



أقراص مغلفة

أبيكسابان إيضا

أبيكسابان

أظهر هذه البطاقة للصيدي، وطبيب الأسنان، وأي مقدم رعاية صحية آخر يقوم بعلاجك.

• معلومات للمرضى:

- تناول أبيكسابان بانتظام حسب التعليمات. وإذا نسيت جرعة، فتناولها بمجرد أن تتذكرها واستمر في اتباع جدول جرعاتك.
- لا تتوقف عن تناول أبيكسابان دون استشارة طبيبك، لأنك قد تكون عرضة لخطر الإصابة بسكتة دماغية أو مضاعفات أخرى.
- يساعد أبيكسابان في زيادة سيولة الدم، إلا أن ذلك قد يزيد من خطر تعرضك للنزيف.
- تشمل علامات وأعراض النزيف:
 - الكدمات أو النزيف تحت الجلد.
 - نزيف من الأنف.
 - براز داكن اللون.
 - الدوخة.
 - دم في البول.
 - التعب.
 - الشحوب أو الضعف.
 - صداع حاد مفاجئ.
 - وجود دم عند السعال أو في القيء.
- إذا لم يتوقف النزيف من تلقاء نفسه، فاطلب الرعاية الطبية فورًا.
- أخبر طبيبك أو طبيب أسنانك أو الصيدلي بأنك تتناول أبيكسابان قبل الخضوع لأي عملية جراحية أو إجراء تدخلي.

أنا أخضع للعلاج بمانع تخثر (تجلط) الدم أبيكسابان لمنع حدوث جلطات بالدم:

• معلومات لممارسي الرعاية الصحية

- أبيكسابان هو مضاد تخثر يُعطى عن طريق الفم، ويعمل عن طريق تثبيط الانتقال المباشر للعامل العاشر (Xa).
- قد يزيد أبيكسابان من خطر النزيف. وفي حالات النزيف الشديد، يجب إيقافه فورًا.
- لا يتطلب العلاج بأبيكسابان مراقبة روتينية للتعرض للدوائي. وقد يكون فحص المعايير الكمية لمضاد العامل العاشر (anti-Factor Xa) مفيدًا في حالات استثنائية، مثل الجرعة الزائدة والجراحة الطارئة (لا يُوصى باختبارات التخثر مثل زمن البروثرومين (PT)، والنسبة المئوية الدولية (INR)، وزمن الثرومبوبلاستين الجزئي المنشط (aPTT) – راجع ملخص خصائص المنتج (SPC).
- يتوفر عامل مضاد لعكس نشاط أبيكسابان المتبّط للعامل العاشر (anti-factor Xa).
- لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى نشرة معلومات المريض (PIL) المعتمدة.

• الإبلاغ عن الآثار الجانبية:

بلاغك ذو قيمة كبيرة. إذا واجهت أي آثار جانبية (تفاعلات ضارة) مشتبه بها، فيُرجى الإبلاغ إلى:

- المركز الوطني للتبليغ الدوائي (NPC) - الهيئة العامة للغذاء والدواء (SFDA):
- مركز اتصال الهيئة: 19999
- البريد الإلكتروني: npc.drug@sfd.gov.sa
- الموقع الإلكتروني: https://ade.sfd.gov.sa
- رمز الاستجابة السريعة
:QR Code



- قسم التبليغ الدوائي في شركة إيڤا فارما:
- البريد الإلكتروني: pv.ksateam@evapharma.com

• يُرجى تعبئة هذا القسم أو الطلب من طبيبك تعبئته

اسم المريض:

.....

تاريخ الميلاد:

.....

دواعي الاستخدام:

.....

الجرعة:

.....

اسم الطبيب المعالج:

.....

رقم هاتف الطبيب:

.....

تمت الموافقة على هذا المستند من قبل الإدارة التنفيذية للتبليغ الدوائي التابعة للهيئة العامة للغذاء والدواء.
الإصدار ١٠ - أغسطس ٢٠٢٦.