

# DZIENNICZEK DLA PACJENTA PRZYJMUJĄCEGO LECZENIE PRZECIWKRZEPLIWE



Materiał powstał przy współpracy z dr. hab. n. med. Piotrem Kuklą  
Opracowano przez Pfizer Polska Sp. z o.o.



# INFORMACJE O PACJENCIE

ZESKANUJ KOD QR



I POBIERZ DZIENNICZEK  
W WERSJI ONLINE

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

Zalecony lek przeciwkrzepliwy:

.....

.....

.....

Dawkowanie:



**RANO**



**WIECZÓR**

Dodatkowe informacje:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dziąseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE

**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  TAK  NIE

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  TAK  NIE

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  TAK  NIE

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 PRZED POSIŁKIEM  W TRAKCIE POSIŁKU  PO POSIŁKU

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwiaki na skórze?  TAK  NIE

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  TAK  NIE

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  TAK  NIE

**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to jak często?*

1-2 RAZY  3-5 RAZY  6 I WIĘCEJ RAZY

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dziąseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE

**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  TAK  NIE

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  TAK  NIE

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  TAK  NIE

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 PRZED POSIŁKIEM  W TRAKCIE POSIŁKU  PO POSIŁKU

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwiaki na skórze?  TAK  NIE

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  TAK  NIE

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  TAK  NIE

**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to jak często?*

1-2 RAZY  3-5 RAZY  6 I WIĘCEJ RAZY

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dżiąseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE



**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  TAK  NIE

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  TAK  NIE

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  TAK  NIE

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 PRZED POSIŁKIEM  W TRAKCIE POSIŁKU  PO POSIŁKU

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwiaki na skórze?  TAK  NIE

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  TAK  NIE

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  TAK  NIE

**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to jak często?*

1-2 RAZY  3-5 RAZY  6 I WIĘCEJ RAZY

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dziąseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE

**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  TAK  NIE

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  TAK  NIE

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  TAK  NIE

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 PRZED POSIŁKIEM  W TRAKCIE POSIŁKU  PO POSIŁKU

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwinki na skórze?  TAK  NIE

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  TAK  NIE

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  TAK  NIE

**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to jak często?*

1-2 RAZY  3-5 RAZY  6 I WIĘCEJ RAZY

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dziąseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE

**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  TAK  NIE

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  TAK  NIE

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  TAK  NIE

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 PRZED POSIŁKIEM  W TRAKCIE POSIŁKU  PO POSIŁKU

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwiaki na skórze?  TAK  NIE

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  TAK  NIE

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  TAK  NIE

**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to jak często?*

1-2 RAZY  3-5 RAZY  6 I WIĘCEJ RAZY

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dźwięseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE

**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  TAK  NIE

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  TAK  NIE

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  TAK  NIE

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 PRZED POSIŁKIEM  W TRAKCIE POSIŁKU  PO POSIŁKU

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwiaki na skórze?  TAK  NIE

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  TAK  NIE

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  TAK  NIE

**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to jak często?*

1-2 RAZY  3-5 RAZY  6 I WIĘCEJ RAZY

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dżiąseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE



**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  TAK  NIE

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  TAK  NIE

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  TAK  NIE

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 PRZED POSIŁKIEM  W TRAKCIE POSIŁKU  PO POSIŁKU

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwiaki na skórze?  TAK  NIE

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  TAK  NIE

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  TAK  NIE

**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to jak często?*

1-2 RAZY  3-5 RAZY  6 I WIĘCEJ RAZY

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dziąseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE

**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  TAK  NIE

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  TAK  NIE

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  TAK  NIE

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 PRZED POSIŁKIEM  W TRAKCIE POSIŁKU  PO POSIŁKU

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwiaki na skórze?  TAK  NIE

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  TAK  NIE

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  TAK  NIE

**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to jak często?*

1-2 RAZY  3-5 RAZY  6 I WIĘCEJ RAZY

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dziąseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE

**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  **TAK**  **NIE**

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  **TAK**  **NIE**

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  **TAK**  **NIE**

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 **PRZED POSIŁKIEM**  **W TRAKCIE POSIŁKU**  **PO POSIŁKU**

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwiaki na skórze?  **TAK**  **NIE**

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  **TAK**  **NIE**

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  **TAK**  **NIE**

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  **TAK**  **NIE**

**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  **TAK**  **NIE**

*Jeśli tak, to jak często?*

**1-2 RAZY**  **3-5 RAZY**  **6 I WIĘCEJ RAZY**

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dżiąseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE

**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  TAK  NIE

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  TAK  NIE

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  TAK  NIE

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 PRZED POSIŁKIEM  W TRAKCIE POSIŁKU  PO POSIŁKU

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwiaki na skórze?  TAK  NIE

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  TAK  NIE

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  TAK  NIE

**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to jak często?*

1-2 RAZY  3-5 RAZY  6 I WIĘCEJ RAZY

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dziąseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE



**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  TAK  NIE

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  TAK  NIE

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  TAK  NIE

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 PRZED POSIŁKIEM  W TRAKCIE POSIŁKU  PO POSIŁKU

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwiaki na skórze?  TAK  NIE

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  TAK  NIE

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  TAK  NIE

**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to jak często?*

1-2 RAZY  3-5 RAZY  6 I WIĘCEJ RAZY

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dziąseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE

**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  TAK  NIE

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  TAK  NIE

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  TAK  NIE

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 PRZED POSIŁKIEM  W TRAKCIE POSIŁKU  PO POSIŁKU

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwiaki na skórze?  TAK  NIE

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  TAK  NIE

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  TAK  NIE

**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to jak często?*

1-2 RAZY  3-5 RAZY  6 I WIĘCEJ RAZY

# PYTANIA DO PACJENTA:

## Wizyta w dniu:

1. Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy występowały krwawienia np. z nosa, dziąseł, cewki moczowej lub odbytnicy?  TAK  NIE
2. Czy występowało odkrztuszanie krwi?  TAK  NIE
3. Czy doszło do zatrzymania moczu i/lub infekcji w drogach moczowych?  TAK  NIE
4. Czy występowały całkowite utraty przytomności (pacjent nic nie pamięta z okresu utraty przytomności)?  TAK  NIE
5. Czy występują upadki i/lub potknięcia?  TAK  NIE
6. Czy zaobserwowano nagłą i niezaplanowaną, np. odchudzeniem, zmianę wagi ciała (wzrost lub spadek >3 kg)?  TAK  NIE
7. Czy występowały infekcje z przyjmowaniem antybiotyków?  TAK  NIE
8. Czy dochodziło do odwodnienia z powodu biegunki lub wymiotów?  TAK  NIE
9. Czy często występuje puls >100/min przy pomiarach ciśnienia i pulsu?  TAK  NIE
10. Czy występują obrzęki wokół kostek nóg rano po nocy?  TAK  NIE
11. Czy w nocy występują duszności wymagające przyjęcia pozycji siedzącej?  TAK  NIE

**12.** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zostały przepisane nowe leki od innych specjalistów?  TAK  NIE

**13.** Czy występują bóle stawów? Bóle kręgosłupa? Bóle głowy lub inne, które wymagają stosowania leków przeciwbólowych, w tym również aspiryny?  TAK  NIE

**14.** Czy wystąpiły objawy choroby wrzodowej? Niestrawność? Zgaga? Bóle w nadbrzuszu na czczo lub po przyjęciu posiłku?  TAK  NIE

**15.** Czy lek przeciwkrzepliwy przyjmowany jest:  
 PRZED POSIŁKIEM  W TRAKCIE POSIŁKU  PO POSIŁKU

**16.** Czy pojawiały się wybroczyny, zasinienia lub krwiaki na skórze?  TAK  NIE

**17.** Czy stosowano jakieś zioła lecznicze?  TAK  NIE

**18.** Czy pacjent spożywa alkohol regularnie (nawet małe ilości – typu lampka wina) i/lub pali papierosy?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to w jakich ilościach?*

**PALENIE:** .....

**ALKOHOL:** .....

**19.** Czy są stosowane leki przeciwpadaczkowe?  TAK  NIE









**20.** Czy doszło do opuszczania dawki leku przeciwkrzepliwego?  TAK  NIE

*Jeśli tak, to jak często?*

1-2 RAZY  3-5 RAZY  6 I WIĘCEJ RAZY

# UWAGI DLA PACJENTA LECZONEGO LEKIEM PRZECIWKRZEPLIWYM:

W razie wystąpienia jakiegokolwiek krwawienia, a zwłaszcza:

-  krwawienia z nosa, trwającego ponad 10 minut, którego nie jesteś w stanie samodzielnie opanować
-  odkrztuszania krwi
-  jasnoróżowej, czerwonej lub ciemnobrązowej krwi w moczu
-  krwistego lub smolistego stolca
-  jasnoczerwonych lub ciemnobrązowych wymiotów, przypominających fusy kawy
-  licznych i intensywnych zasinień na skórze
-  krwawienia z dziąseł
-  bardziej obfitych miesiączek u kobiet



Zaleca się natychmiastowy kontakt z lekarzem prowadzącym lub odwiedzenie najbliższego oddziału pomocy doraźnej<sup>1-4</sup>.

Zaleca się kontrolę wydolności nerek (badania z krwi) **klirensu kreatyniny (eGFR)** planowo u lekarza rodzinnego minimum raz na 12 miesięcy w przypadku prawidłowej czynności nerek. W przypadku nieprawidłowej czynności nerek zaleca się częstsze kontrole. O częstości badania decyduje lekarz<sup>5-9</sup>.

**Zaleca się minimum raz do roku kontrolować morfologię krwi.** Częściej u chorych z anemią, wywiadem krwawienia czy przyjmowaniem innych leków, wpływających na krzepliwość krwi (np. aspirynę czy leki niesteroidowe przeciwzapalne i/lub przeciw płytkowe)<sup>5-9</sup>.

U pacjentów z chorobami wątroby zaleca się minimum co 12 miesięcy oznaczać próby wątrobowe (wystarczy ALAT)<sup>5-9</sup>.

Przed zabiegami operacyjnymi, stosując leki przeciwzakrzepowe z grupy NOAC (nowoczesne leki przeciwkrzepliwe), zaleca się, aby **ZAWSZE konsultować** z lekarzem rodzinnym, na jaki czas zrobić przerwę w przyjmowaniu leków w okresie okołoperacyjnym<sup>5-9</sup>.

Zaleca się, każdorazowo przed wizytą u lekarza rodzinnego lub specjalisty, dokonywać domowych pomiarów ciśnienia i pulsu 2 x dz. przez okres 7 dni, zapisywać je i przedstawić na wizycie lekarskiej<sup>5-9</sup>.

Pilnować odpowiedniego nawodnienia (wypijania optymalnej ilości płynów, ustalonej ze swoim lekarzem prowadzącym). Ma to istotne znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania i wydolności nerek. Prawidłowa wydolność nerek ma ogromne znaczenie dla właściwego i bezpiecznego działania leków przeciwzakrzepowych. Nieprawidłowe funkcjonowanie nerek może nasilać krwawienia<sup>5-9</sup>.

Każdorazowo, podczas wizyt u różnych specjalistów (szczególnie neurologa, ortopedy, lekarza zajmującego się chorobą naczyń), należy informować o leczeniu przeciwkrzepliwym. O włączeniu nowych leków przez innych specjalistów należy poinformować swojego lekarza prowadzącego, ponieważ niektóre z nich mogą wchodzić w interakcję z lekami przeciwkrzepliwymi, co może skutkować wystąpieniem groźnych dla życia krwawień lub zwiększać ryzyko zakrzepowo-zatorowe i/lub ryzyko uszkodzenia nerek lub wątroby<sup>5-9</sup>.

W momencie wystąpienia niepokojących objawów takich jak: jednostronne pogorszenie widzenia, niedowład kończyn, trudności w mówieniu lub rozumieniu mowy, omdlenie – natychmiast dzwoń pod numer:

**112** lub **999** (pogotowie ratunkowe)



## Piśmiennictwo:

1. Mayo Clinic. Atrial fibrillation – Diagnosis. Czerwiec 2019 r. Dokument dostępny pod adresem: [www.mayoclinic.org/diseases-conditions/atrial-fibrillation/diagnosis-treatment/drc-20350630](http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/atrial-fibrillation/diagnosis-treatment/drc-20350630). Ostatni dostęp: czerwiec 2020 r.
2. Mayo Clinic. Cardiac ablation. Wrzesień 2019 r. Dokument dostępny pod adresem: [www.mayoclinic.org/tests-procedures/cardiac-ablation/about/pac-20384993](http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/cardiac-ablation/about/pac-20384993). Ostatni dostęp: czerwiec 2020 r.
3. BHF. Catheter ablation. Dokument dostępny pod adresem: [www.bhf.org.uk/information-support/heart-matters-magazine/medical/catheter-ablation](http://www.bhf.org.uk/information-support/heart-matters-magazine/medical/catheter-ablation). Ostatni dostęp: czerwiec 2020 r.
4. Mayo Clinic. Cardioversion. Styczeń 2018 r. Dokument dostępny pod adresem: [www.mayoclinic.org/tests-procedures/cardioversion/about/pac-20385123](http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/cardioversion/about/pac-20385123). Ostatni dostęp: czerwiec 2020 r.
5. Steffel J, Collins R, Antz M i wsp. 2021 European Heart Rhythm Association practical guide on the use of no-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Europace* 2021; 23,1612-1676.
6. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomstrom-Lundqvist C, et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2021;42:373–498.
7. January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC Jr, et al. 2019 AHA/ACC/HRS focused update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the management of patients with atrial fibrillation: report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society in Collaboration With the Society of Thoracic Surgeons. *Circulation* 2019;140:e125–51.
8. Andrade JG, Verma A, Mitchell LB, Parkash R, Leblanc K, Atzema C, et al. 2018 focused update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Can J Cardiol* 2018;34:1371–92.
9. Barnes GD, Ageno W, Ansell J, Kaatz S; Subcommittee on the Control of Anticoagulation of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Recommendation on the nomenclature for oral anticoagulants: communication from the SSC of the ISTH. *J Thromb Haemost* 2015;13:1154–6.



Pfizer Polska Sp. z o.o.  
ul. Żwirki i Wigury 16b  
02-092 Warszawa

PP-ELI-POL-1892/11/2022