

# Test znanja u sustavu trajne medicinske izobrazbe liječnika

I u ovome broju „Medixa“, u suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom (HLK), priredili smo za vas test znanja namijenjen provjeri stručnosti u postupku trajne medicinske izobrazbe. Test znanja sadržava 70 pitanja koja se odnose na sadržaj naslovne teme „**Antitrombotično i antikoagulantno liječenje**“. Pozitivno riješene testove (najmanje 60% vaših točnih odgovora) vrednovat će Povjerenstvo za trajnu izobrazbu HLK-a sa **sedam bodova**, a rezultati će, osim u „Medixu“, biti objavljeni u „Liječničkim novinama“, što će, ujedno, biti potvrda vaših ostvarenih bodova u postupku stručnoga medicinskog usavršavanja, uz upis bodova u elektroničkom obliku.



1. Koja je prosječna incidencija venske tromboembolije (VTE) u razvijenim zemljama?
  - a) 0,1/1000
  - b) 12/1000
  - c) 1–2/1000
  - d) 15–30/1000
2. Koji su nasljedni čimbenici rizika za trombozu?
  - a) mutacija FV Leiden
  - b) mutacija u genu FVIII
  - c) mutacija u genu za LDL receptor
  - d) mutacija T315I u domeni ABL kinaze
3. Koji su stečeni čimbenici rizika za trombozu?
  - a) plivanje
  - b) kirurški zahvat
  - c) zijevanje
  - d) mokrenje
4. Koji je Virchowljev trijas za nastanak tromboze?
  - a) venska staza, hiperkoagulabilnost i oštećenje endotela
  - b) hipokoagulabilnost, venska staza i oštećenje endotela
  - c) venska staza, hiperkoagulabilnost i normalan endotel
  - d) uredan tok krvne struje, hipokoagulabilnost i oštećenje endotela
5. U liječenju akutnoga koronarnog sindroma primjenjuje se dvojna antitrombotična terapija koju čine:
  - a) acetilsalicilna kiselina i tiklopidin
  - b) acetilsalicilna kiselina i tikagrelor
  - c) klopidogrel i tikagrelor
  - d) tikagrelor i prasugrel
6. Koja je tvrdnja točna:
  - a) glavna nuspojava prasugrela je agranulocitoza
  - b) klopidogrel ima predvidiv i uniforman učinak na agregaciju trombocita
  - c) acetilsalicilna kiselina se uzima 12 mjeseci nakon perkutane koronarne intervencije
  - d) tikagrelor ima reverzibilni učinak na funkciju trombocita
7. Koja je tvrdnja netočna:
  - a) tromboza u stentu pojavljuje se u oko 15% bolesnika
  - b) prasugrel se u akutnom koronarnom sindromu preporučuje samo ako je poznata koronarna anatomija
  - c) šećerna bolest je čimbenik koji se dovodi u vezu s oslabljenim učinkom klopidogrela
  - d) u bolesnika s indikacijom za trajnu antikoagulantnu terapiju, ADP blokator prvog izbora u akutnome koronarnom sindromu jest klopidogrel
8. Oslabljeni učinak klopidogrela prisutan je u otprilike:
  - a) 1–5% bolesnika
  - b) 5–15% bolesnika
  - c) 20–30% bolesnika
  - d) 40–50% bolesnika

## Upute za ispunjavanje testa znanja

Točne odgovore potrebno je označiti u tablici uvezanog umetka zaokruživanjem odgovarajućeg slova (a-d) samo jednog od ponuđenih odgovora za svako od 70 pitanja.

Popunjeni obrazac, s označenim odgovorima i vašim osobnim podacima potrebno je istrgnuti, presavinuti na format dopisnice (po mogućnosti preklop učvrstiti ljepljivom vrpcom) te s poštanskom markom poslati na naznačenu adresu (Hrvatska liječnička komora, Tuškanova 37, 10000 Zagreb), najkasnije **do 31. listopada 2016.**

Za dodjelu bodova u sustavu trajne izobrazbe uzimat će se u obzir samo pozitivno riješeni testovi dostavljeni na originalnom priloženom obrascu (umetku).

Želimo Vam puno uspjeha u rješavanju našeg testa znanja!

9. **Koja je tvrdnja točna:**
- oslabljen učinak klopidogrela nije povezan s kliničkim ishodima
  - rezistencija na acetilsalicilnu kiselinu jednako je važna kao i rezistencija na klopidogrel
  - oslabljen učinak klopidogrela može se nadvladati prilagođivanjem terapije
  - sve tvrdnje su točne
10. **Koja je tvrdnja za akutni koronarni sindrom točna:**
- bolesnicima koji se liječe konzervativno, bez intervencije, treba također dati dvojni antitrombotičnu terapiju
  - antiagregacijsku terapiju trebalo bi dati što prije
  - u određenih bolesnika klopidogrel je jedini indiciran od oralnih P2Y<sub>12</sub> inhibitora
  - sve tvrdnje su točne
11. **Za povišenu ostatnu reaktivnost trombocita uz klopidogrel je točno:**
- dijelom je uzrokovana genetikom
  - karakteristična je samo za bijelu i crnu rasu
  - ne može se savladati prilagodbom antitrombotične terapije
  - rutinski se otkriva probirom bolesnika s akutnim koronarnim sindromom
12. **Koja tvrdnja vezana uz elektivnu koronarnu intervenciju u bolesnika na oralnoj antikoagulantnoj terapiji nije točna?**
- može se učiniti bez obzira na to kad je bolesnik uzeo posljednju dozu NOAK-a ako se primjenjuje transradijalni pristup
  - može se učiniti transfemoralnim putem kad INR padne <1,8
  - može se učiniti transradijalnim putem kad INR padne <2,2
  - može se učiniti uz INR = 2–3
13. **Ako bolesnik na terapiji dabigatranom ima klirens kreatinina 40 mL/min, elektivna koronarografija može se učiniti nakon prekida uzimanja lijeka u trajanju od minimalno:**
- 24 sata
  - 36 sati
  - 48 sati
  - 72 sata
14. **Ako bolesnik na terapiji apiksabanom ima klirens kreatinina 40 mL/min, elektivna koronarografija može se učiniti nakon prekida uzimanja lijeka u trajanju od minimalno:**
- 24 sata
  - 36 sati
  - 48 sati
  - 72 sata
15. **U bolesnika s akutnim infarktom miokarda sa ST-elevacijom (STEMI) nije točno:**
- ako je bolesnik na NOAK-u, tijekom perkutane koronarne intervencije (PCI) treba dodati nefrakcionirani heparin (engl. *unfractionated heparine*, UFH) u dozi 50 i.j./kg
  - ako je bolesnik na NOAK-u, tijekom PCI-ja ne treba dodati UFH
  - nakon primarne perkutane koronarne intervencije (pPCI) treba nastaviti oralni antikoagulans uz dodatak aspirina i klopidogrela
  - trojna terapija (oralna antikoagulantna terapija – OAT + dvojni antitrombotična terapija (engl. *dual antiplatelet treatment – DAPT*)) nakon pPCI-ja traje šest mjeseci
16. **Doza apiksabana u okviru trojne terapije iznosi:**
- 2 × 2,5 mg
  - 2 × 5 mg
  - 1 × 5 mg
  - 1 × 2,5 mg
17. **Trojna terapija nakon elektivnog PCI-ja s implantacijom stenta koji luči lijek (engl. *drug eluting stent*, DES) traje:**
- 1 mjesec
  - 3 mjeseca
  - 6 mjeseci
  - 12 mjeseci
18. **Preporučeni blokator ADP-receptora na trombocitima, kao dio trojne terapije u bolesnika s akutnim koronarnim sindromom jest:**
- tikagrelor
  - prasugrel
  - klopidogrel
  - izbor lijeka ovisi o riziku bolesnika za trombozu
19. **Prevalencija fibrilacije atrijske u općoj populaciji iznosi:**
- manje od 1%
  - 2–3%
  - 7%
  - više od 10%
20. **Jedina terapija u liječenju fibrilacije atrijske koja ima utjecaja na mortalitet jest:**
- propafenon
  - amiodaron
  - sotalol
  - varfarin
21. **Za varfarin nije točno:**
- karakteriziraju ga interakcije s hranom, ali ne i s lijekovima
  - karakteriziraju ga brojne interakcije s hranom i lijekovima
  - uski terapijski prozor
  - potreba za čestim provjeravanjem laboratorijskih nalaza
22. **Kontraindikacija za primjenu NOAK-a jest:**
- aortna stenoza
  - fibrilacija atrijske
  - mitralna stenoza
  - smanjena sistolička funkcija LV-a
23. **Tijekom prvoga mjeseca primjene varfarina učestalost moždanog udara se:**
- smanjuje
  - ne mijenja
  - povećava
  - ništa nije točno
24. **Apiksaban je prema svojem djelovanju:**
- inhibitor vitamina K
  - izravni inhibitor trombina
  - izravni inhibitor faktora zgrušavanja Xa
  - ni jedan odgovor nije točan
25. **NOAK-i su, osim za prevenciju moždanog udara u nevalvularnoj atrijskoj fibrilaciji, indicirani za:**
- liječenje i sprječavanje duboke venske tromboze i plućne embolije
  - sprječavanje venske tromboembolije kod operacije zamjene koljena i kuka endoprotezom
  - oba odgovora su točna
  - ni jedan odgovor nije točan

Nastavak na sljedećoj stranici

26. Za bolesnike u kojih se planira ablacija zbog fibrilacije atrijske važi:
- antikoagulantna terapija varfarinom prekida se 5 dana prije
  - antikoagulantna terapija dabigatranom prekida se 3 dana prije
  - uključuje se niskomolekularni heparin 5 dana prije intervencije
  - ablacija se radi bez prekidanja peroralne antikoagulantne terapije
27. Antikoagulantna terapija nužna je u kontekstu ablacije fibrilacije atrijske jer:
- bolesnici mogu preproceduralno razviti trombu u lijevoj atriji
  - manipulacija kateterima u lijevoj atriji može rezultirati stvaranjem tromba i posljedičnom embolizacijom
  - ozljeda atrijskog endotela ablacijom predisponira rani postproceduralni nastanak tromba u lijevoj atriji
  - sve navedeno je točno
28. Koja je antikoagulantna strategija ispravna prije ablacije fibrilacije atrijske?
- samo bolesnici s CHADS VASC zbrojem 3 i više moraju biti antikoagulirani
  - bolesnici s perzistentnom fibrilacijom atrijske moraju biti antikoagulirani minimalno tijekom 3 tjedna prije ablacije
  - bolesnici s paroksizmalnom fibrilacijom atrijske moraju biti antikoagulirani samo ako im je prije procedure dokazan tromb u lijevoj atriji
  - u bolesnika s perzistentnom fibrilacijom atrijske dovoljno je tjedan dana antikoagulantne terapije s nekim od NOAK-a
29. Ispravna strategija nakon ablacije fibrilacije atrijske jest:
- terapija varfarinom u svih se bolesnika mora provoditi najmanje 6 mjeseci
  - terapija rivaroksabanom može se izostaviti nakon mjesec dana u bolesnika s paroksizmalnom fibrilacijom atrijske
  - antikoagulantna terapija se zadržava u svih bolesnika u prva 3 mjeseca
  - u bolesnika s CHADS VASC zbrojem 0 nije nužna antikoagulantna terapija nakon ablacije
30. Koja je tvrdnja točna za nove oralne antikoagulanse u kontekstu ablacije fibrilacije atrijske?
- dabigatran se u svih bolesnika mora ukinuti 3 dana prije
  - rivaroksaban se, zbog brzog nastupa djelovanja, smije uključiti tek 2 dana nakon ablacije kad se postiže adekvatna hemostaza u preponskim venama
  - bolesnici ne bi smjeli uzeti NOAK-e samo na dan intervencije, a dan prije uredno doziraju svoj lijek
  - apiksaban se može uzeti i na dan procedure budući da ima dostupan specifični antidot
31. Koja je ispravna strategija tri mjeseca nakon ablacije fibrilacije atrijske?
- u bolesnika koji se dobro osjećaju i misle da nisu imali aritmije može se ukinuti antikoagulantna terapija
  - svi bolesnici s CHADS VASC zbrojem 2 i više, ostavljaju se trajno na antikoagulantnoj terapiji neovisno o procjeni uspjeha ablacijske procedure
  - ako HOLTER EKG 3 mjeseca nakon ablacije pokazuje trajno sinusni ritam, antikoagulantna se terapija može sigurno ukinuti
  - bolesnicima s perzistentnom fibrilacijom atrijske, koji su tri mjeseca nakon ablacije u sinusnom ritmu, savjetuje se trajna antikoagulantna terapija samo ako se primijeti povratak aritmije
32. Koja je tvrdnja ispravna za NOAK-e u kontekstu ablacijske procedure:
- NOAK-i olakšavaju planiranje procedure i umanjuju potrebu za preproceduralnim transezofagealnim ultrazvukom (TEE)
  - svi bolesnici pod NOAK-ima, zbog nemogućnosti provjere antikoagulantnog učinka, morali bi biti podvrgnuti TEE-u kako bi se isključio tromb u lijevoj atriji
  - rivaroksaban je kontraindiciran u bolesnika u kojih se planira ablacija jer nema specifičnog antidota
  - sve bolesnike na NOAK-ima, prije ablacije mora se prevesti na terapiju varfarinom
33. U procesu planiranja kardiokirurškoga zahvata aspirin:
- je potrebno isključiti barem 10 dana prije operacije
  - je potrebno isključiti barem 5 dana prije operacije
  - nije potrebno isključiti
  - se može isključiti prema slobodnoj procjeni ordinirajućeg liječnika
34. Koji se antiagregacijski lijek može primijeniti kao terapija premoštenja po isključenju dvojnog antiagregacijske terapije:
- aspirin
  - klopidogrel
  - kangrelor
  - vorapaksar
35. Koji lijek ne spada u kategoriju oralnih antikoagulantnih lijekova nove generacije:
- dabigatran
  - rivaroksaban
  - apiksaban
  - enoksaparin
36. Koji je od navedenih lijekova antagonist PAR-1 trombinskih receptora:
- aspirin
  - klopidogrel
  - vorapaksar
  - varfarin
37. Nakon operacije aortokoronarnoga premoštenja aspirin:
- treba isključiti iz terapije jer je stenozirana koronarna arterija revaskularizirana
  - treba isključiti iz terapije uz supstituciju klopidogrelom
  - treba uključiti u terapiju, ali tek 5 dana nakon operacije kad je rizik za krvarenja najmanji
  - treba uključiti u terapiju unutar nekoliko sati nakon kirurškoga zahvata
38. Koji od navedenih NOAK lijekova ne spada u skupinu inhibitora Xa:
- dabigatran
  - rivaroksaban
  - apiksaban
  - edoksaban
39. U bolesnika koji se podvrgavaju elektivnom kirurškom zahvatu terapiju NOAK lijekovima:
- treba nastaviti u kontinuitetu perioperacijski

- b) treba nastaviti u kontinuitetu perioperacijski, ali u smanjenoj dozi (1/2 uobičajene doze)
- c) treba isključiti barem 7 dana prije operacije
- d) treba isključiti u rasponu od 24 do 48 sati prije operacije ako bolesnik ima normalnu bubrežnu funkciju
- 40. Infarkt mozga može nastati kao posljedica:**
- a) aterosklerotičnih promjena u luku aorte
- b) paradoksalnih venskih embolija
- c) bolesti malih krvnih žila mozga
- d) sve navedeno je točno
- 41. U primarnoj prevenciji infarkta mozga antitrombocitna terapija:**
- a) ne može se preporučiti zbog visokog rizika za krvarenje iz probavnoga trakta
- b) učinkovita je u muškaraca starijih od 45 godina
- c) reducira rizik ženama starijim od 65 godina
- d) koronarni rizik  $\geq 5\%$  u općoj populaciji indikacija je za uvođenje antitrombocitne terapije kao prevencije moždanog udara
- 42. Za bolesnike s asimptomatskom stenozom karotidne arterije točno je:**
- a) stenozu veću od 70% treba hitno operirati
- b) operirati treba samo bolesnike kojima je očekivano trajanje života dulje od 3–5 godina
- c) zbog sve bolje antitrombocitne terapije, operaciju se može preporučiti samo u centrima s manje od 5% periproceduralnih komplikacija
- d) ništa od navedenoga nije točno
- 43. U primarnoj prevenciji infarkta mozga za bolesnike s fibrilacijom atrijske:**
- a) za CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc veći od 1 nužno je uvesti antikoagulantnu terapiju
- b) za CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 2 može se uvesti antitrombocitna ili antikoagulantna terapija
- c) povišeni rizik prema HAS-BLED-u kontraindikacija je za antikoagulantnu terapiju
- d) optimalno regulirani INR u terapijskom je rasponu najmanje 80% vremena
- 44. Novi oralni antikoagulansi (NOAK) mogu se preporučiti:**
- a) zato što im je učinkovitost jednaka ili veća varfarinu
- b) zato što imaju manju opću smrtnost od varfarina
- c) bolesnicima s reduciranom bubrežnom funkcijom i klirensom kreatinina većim od 30 mL/min
- d) sve navedeno je točno
- 45. Nakon TIA-e ili blagog moždanog udara:**
- a) povećani rizik za hemoragizaciju infarkta mozga indikacija je za početak antitrombocitne terapije nakon 5–7 dana
- b) povećanje rizika za hemoragizaciju infarkta mozga procjenjuje se ABCD<sub>2</sub> izračunom
- c) dvojna antitrombocitna terapija nema ulogu
- d) dvojna antitrombocitna terapija opravdana je u razdoblju do 90 dana nakon incidenta
- 46. Moždani udari uzrokovani fibrilacijom atrijske:**
- a) obično zahvaćaju manja područja mozga
- b) češće hemoragiziraju
- c) rizik za recidiv u prvih desetak dana nije visok
- d) zbog svega navedenoga, potrebno je čim prije započeti antikoagulantnu terapiju
- 47. U slučaju potrebe za hitnim poništenjem učinaka varfarina najbolje je primijeniti:**
- a) idarucizumab
- b) rekombinantni faktor VII
- c) svježe smrznutu plazmu
- d) neki od NOAK-a
- 48. Za testove koagulacije u bolesnika antikoaguliranih NOAK-ima NIJE točno:**
- a) produljen APTV upućuje na postojanje antikoagulantne aktivnosti dabigatrana
- b) potpuno su beskorisni
- c) specifični anti-Xa testovi dobro koreliraju s koncentracijom rivaroksabana i apiksabana
- d) nepotrebni su u rutinskoj upotrebi, osim u slučajevima hitnosti
- 49. Specifični reverzni agensi za dabigatran je:**
- a) vitamin K
- b) aktivirani protrombinski kompleks
- c) idarucizumab
- d) svježe smrznuta plazma
- 50. Za primjenu specifičnoga reverznog agensa za dabigatran NIJE točno:**
- a) potrebno ga je primijeniti u slučajevima neodgodiva kirurškoga zahvata
- b) potrebno ga je primijeniti u slučaju elektivnog zahvata
- c) primjenjuje se intravenski
- d) učinak je brz i potpun
- 51. Vrijeme do normalizacije koagulacije u bolesnika antikoaguliranih NOAK-ima:**
- a) ovisi o tjelesnoj masi
- b) ovisi o vremenu uzimanja posljednje doze
- c) ovisi o bubrežnoj funkciji
- d) b) + c)
- 52. Za nove oralne antikoagulanse (NOAK) u terapiji venske tromboembolijske bolesti točno je sve OSIM:**
- a) imaju učinkovitost jednaku varfarinu
- b) uzrokuju manji broj krvarenja
- c) inhibitor trombina (dabigatran) ne zahtijeva inicijalno liječenje heparinom
- d) inhibitori faktora Xa ne zahtijevaju inicijalno liječenje heparinom
- 53. Za duboku vensku trombozu (DVT) točne su sve navedene tvrdnje OSIM:**
- a) incidencija DVT-a iznosi 1,6/1000 osoba godišnje
- b) neliječeni proksimalni DVT donjih udova u 50% slučajeva dovodi do plućne embolije
- c) u kroničnom razdoblju bolesti DVT u 25–50% bolesnika prati razvoj posttrombotičnoga sindroma
- d) venska tromboza gornjih udova dva puta je rjeđa nego DVT-a donjih udova
- 54. U dijagnostičkom postupku duboke venske tromboze primjenjuje se:**
- a) troponin
- b) D-dimer
- c) C-reaktivni protein
- d) laktat-dehidrogenaza

Nastavak na sljedećoj stranici

55. Za Wellsovu kliničku ocjensku ljestvicu točno je sve navedeno OSIM:
- ima osjetljivost od 77–98% te specifičnost od 35–58%
  - zbroj bodova 2 ili više upućuje na veliku vjerojatnost duboke venske tromboze
  - oteklina potkoljenice i lista za više od 3 cm u usporedbi s asimptomatskom nogom nosi 2 boda
  - lokalizirana osjetljivost duž duboke vene nosi 1 bod
56. Za produljeno liječenje duboke venske tromboze (>3 mjeseca) točno je sljedeće:
- proksimalna duboka venska tromboza provocirana kirurškim zahvatom zahtijeva produljeno liječenje
  - bolesnici s dubokom venskom trombozom ili plućnom embolijom i aktivnom zloćudnom bolešću ne zahtijevaju produljeno liječenje
  - odluka o produljenom liječenju duboke venske tromboze donosi se uz procjenu rizika za krvarenje uz antikoagulantnu terapiju
  - prisutnost provocirajućega čimbenika ne utječe na odluku o produljenom liječenju duboke venske tromboze
57. Koja je skupina djece predisponiranija za razvoj venskih tromboembolija:
- novorođenčad
  - dojenčad
  - predškolska djeca
  - djeca školske dobi
58. Koji je fiziološki mehanizam koji štiti djecu od hiperkoagulabilnosti:
- povećana sposobnost nakupljanja trombina
  - snižene aktivnosti  $\alpha$ 2-makroglobulina
  - kvalitetniji endotel krvnih žila
  - niži broj trombocita
59. Najčešći prirodni protrombotički čimbenik je:
- mutacija gena za faktor V Leiden (R506Q)
  - mutacija gena za protrombin
  - mutacija gena za antitrombin III
  - mutacija gena za protein C
60. U kojem je postotku utvrđena prisutnost središnjega venskog katetera u starije djece u koje je dijagnosticirana venska tromboza:
- 10%
  - 33%
  - 66%
  - 90%
61. Hilotoraks, hiloperikard, ortopneja, simptomi su tromboze:
- potključne vene
  - jugularnih vena
  - gornje šuplje vene
  - plućnih vena
62. Antidot za preveliku količinu heparina ili za krvarenje tijekom davanja heparina jest:
- protamin-citrat
  - kalcijev sulfat
  - protamin-sulfat
  - antitrombin
63. Vitamin K je nužan za sintezu čimbenika koagulacije:
- II
  - VIII
  - XI
  - XII
64. Rizik za nastanak VTE-a tijekom prvih 14 dana nakon velikih ortopedskih zahvata iznosi:
- 4%
  - 4,3%
  - 2,8%
  - 1,5%
65. U odnosu na placebo ili stanje bez ikakva tromboprotivničkog postupka, niske doze aspirina tijekom razdoblja 15–30 dana nakon velikih ortopedskih zahvata:
- ne smanjuju rizik za VTE, ali povećavaju rizik za krvarenje
  - smanjuju rizik za VTE i povećavaju rizik za krvarenje
  - smanjuju rizik za VTE i ne povećavaju rizik za krvarenje
  - nemaju učinka ni na rizik za VTE ni na rizik za krvarenje
66. Koji od tromboprotivničkih postupaka nakon velikih kirurških zahvata u usporedbi s placebo ili opservacijom jedini snizuje rizik za VTE, a da ne povisi rizik za krvarenje?
- fondaparinuks
  - niske doze nefrakcioniranoga heparina
  - antagonisti vitamina K
  - niskomolekularni heparini
67. U odnosu na početnu tromboprotivnu niskomolekularnim heparinima s nastavkom profilakse varfarinom, profilaksa samo niskomolekularnim heparinima:
- rezultira manjim rizikom za velika krvarenja i većim rizikom za plućnu emboliju
  - rezultira manjim rizikom za velika krvarenja, manjim rizikom za plućnu emboliju i nešto manjim rizikom za duboku vensku trombozu
  - rezultira manjim rizikom za VTE, ali većim rizikom za velika krvarenja
  - rezultira istim rizikom za VTE, ali manjim rizikom za velika krvarenja
68. U odnosu na profilaksu niskomolekularnim heparinima, profilaksa dabigatranom:
- rezultira istim rizikom za smrt od bilo kojeg uzroka, istim rizikom za plućnu emboliju, istim rizikom za simptomatsku duboku vensku trombozu i istim rizikom za velika krvarenja
  - rezultira istim rizikom za VTE (bilo koji oblik), ali manjim rizikom za krvarenja
  - rezultira istim rizikom za krvarenja, ali manjim rizikom za VTE
  - rezultira manjim rizikom za DVT, ali ne i za PE
69. Prema Međunarodnome društvu za trombozu i hemostazu, u veliko krvarenje treba posumnjati ako je:
- prisutno rektalno krvarenje i hematurija
  - pad hemoglobina >20 g/L
  - prisutan spontani hematoma mekoga tkiva >25 cm
  - potrebna transfuzija <2 jedinice krvi ili eritrocita
70. Učinkovito poništenje antikoagulacijskog učinka specifičnim antidotom idarucizumabom te provedba hitnoga kirurškoga zahvata, mogući su ako je bolesnik na jednom od sljedećih NOAK-a:
- apiksaban
  - dabigatran
  - rivaroksaban
  - edoksaban