

ASEGÚRESE DE RENOVAR LA RECETA DE ANTICOAGULANTE A TIEMPO

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ANTICOAGULANTE												
ASPIRINA												

Stent plus⁺TM

Patient Success Program

El **plus** que necesita para tener éxito

USCV5535.119.0 25M 04/08

**No deje de tomar el anticoagulante
hasta _____**

a no ser se lo indique el médico que implantó el stent. Si alguna otra persona le indica que deje de tomarlos, póngase en contacto con el médico que implantó el stent **de inmediato**.