

CARTE PATIENT

BU 22 05

21095704

CETTE CARTE PATIENT EST EXCLUSIVEMENT DESTINÉE AUX PATIENTS QUI UTILISENT UN MÉDICAMENT À BASE DE MÉTHOTREXATE POUR LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE CHEZ L'ADULTE, LE PSORIASIS SEVERE, LE RHUMATISME PSORIASIQUE CHEZ L'ADULTE, LA LEUCEMIE

LYMPHOBLASTIQUE AIGÛ CHEZ L'ADULTE, L'ADOLESCENT ET L'ENFANT AGÉ D'AU MOINS TROIS ANS.

SI VOUS UTILISEZ DU MÉTHOTREXATE POUR L'UNE DES INDICATIONS MENTIONNÉES CI- CONTRE VOUS DEVEZ PRENDRE LE MÉTHOTREXATE UNE FOIS PAR SEMAINE SEULEMENT.

Inscrire ici en toutes lettres le jour de la semaine de la prise : _____

Ne pas prendre plus que la dose prescrite.

Un surdosage peut entraîner des effets indésirables graves, voire être mortel. Les symptômes d'un surdosage sont par exemple : maux de gorge, fièvre, aphtes, diarrhées, vomissements, éruptions cutanées, saignement ou faiblesse inhabituelle.

Consultez immédiatement un médecin si vous pensez avoir pris plus que la dose qui vous a été prescrite. Montrez toujours cette carte aux professionnels de santé qui ne sont pas au courant de votre traitement par le méthotrexate afin de les prévenir de votre utilisation hebdo-

madaire de ce produit (**par ex., en cas d'hospitalisation, de changement d'équipe soignante/de professionnel de santé**). Pour plus d'informations, veuillez lire la notice contenue à l'intérieur de l'emballage.

(Nom :

Prénom :

Présentation de méthotrexate :



21095704