



BACTRIM FORTE® SULFAMÉTHOXAZOLE + TRIMÉTHOPRIME 800/160 MG COMPRIMÉ



DE QUEL MÉDICAMENT S'AGIT-IL ?

C'est un antibiotique délivré sur prescription médicale, en pharmacie de ville.

COMMENT LE CONSERVER ?

Dans un endroit sec, à température ambiante et à l'abri de la lumière.

COMMENT PRENDRE MON MÉDICAMENT ?

Prenez-le de préférence au cours des repas.
Ne pas écraser, couper, ni croquer les comprimés.

QUE FAIRE EN CAS D'OUBLI ?

Ne doublez pas la dose et prenez la suivante à l'heure habituelle.

RECOMMANDATIONS

Un traitement antibiotique nécessite un suivi rigoureux de la dose et de la durée recommandée par votre médecin sur la prescription médicale. Sinon :
risque de reprise de l'infection



Ce médicament peut présenter des interactions avec d'autres médicaments. Avant de prendre un nouveau médicament, contactez votre médecin ou pharmacien.

CONSEILS PRATIQUES



Ne pas consommer d'alcool pendant et jusqu'à 48h après la durée du traitement : risque de réactions à type de rougeur du visage, chaleur, vomissements, accélération du rythme cardiaque.



Prenez le comprimé au moment du repas en cas de troubles digestifs.



Hydratez vous suffisamment.



Protégez-vous du soleil et des rayons UV (crème solaire, vêtements longs...)

MANIFESTATIONS À SURVEILLER

(liste non exhaustive)



Eruption cutanée prurigineuse, urticaire...



Sensation de fatigue



Réactions d'hypersensibilité allergique (exemple: hyperthermie, oedème de Quincke...)



Troubles digestifs : Diarrhées, vomissements, nausées



Mycose buccale (douleur et dépôts blanchâtres dans la bouche notamment sur la langue)



Déséquilibre de l'INR : si traitement par antivitamine K (exemple : COUMADINE®, PREVISCAN®, SINTROM®)



Anomalie de la fonction rénale et de la formule sanguine

Pour tout effet indésirable rencontré, consultez votre médecin ou demandez conseil à votre pharmacien !



RAPPORTEZ VOS MÉDICAMENTS PÉRIMÉS OU NON UTILISÉS EN PHARMACIE AFIN DE LES RECYCLER.

Je suis suivi(e) dans le cadre d'une infection :

.....

La durée initiale de mon traitement est *(soumis à réévaluation par le médecin)* :

.....à partir du

Je dois prendre mon traitement :

.....

Mon médecin infectiologue référent est :

.....

Si je rencontre un problème, je contacte :

Secrétariat du service d'Infectiologie : 02 62 35 91 65