



LEVOFLOXACINE® TAVANIC® LÉVOFLOXACINE 500 MG OU 250MG 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 ou complément alimentaire (ex : vitamines, magnésium, calcium...), contactez votre médecin ou pharmacien.

CONSEILS PRATIQUES



La Lévofloxacine augmente la sensibilité de la peau aux rayons du soleil.



Afin de vous protéger : Evitez de vous exposer au soleil (crème solaire) et couvrez-vous (chapeau, vêtements longs...).



Limitez la pratique de sport intense (risque de lésion des tendons).



Ne prenez pas ce médicament avec des produits laitiers (exemple : lait, yaourt). Cela pourrait réduire son absorption.

MANIFESTATIONS À SURVEILLER

(liste non exhaustive)



Douleurs articulaires ou musculaires, inflammation des tendons...



En cas de diabète, des troubles de la glycémie peuvent apparaître.



Démangeaisons, rougeurs...



Maux de tête, vertiges, insomnies...



Diarrhées, vomissements, nausée



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®)

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