



METRONIDAZOLE® FLAGYL® METRONIDAZOLE 250MG OU 500 MG COMPRIMÉ



DE QUEL MÉDICAMENT S'AGIT-IL ?

C'est un antibiotique antibactérien et antiparasitaire 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 avec un verre
d'eau, au cours ou en
dehors d'un repas.
Ne pas écraser 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



Une coloration brun-rouge des urines est normale, elle traduit l'élimination du médicament.



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



Soyez vigilant avec la conduite automobile ou avec le maniement de machines dangereuses. Selon la tolérance du traitement, la conduite peut être déconseillée chez certaines personnes.

MANIFESTATIONS À SURVEILLER

(liste non exhaustive)



Démangeaisons, bouffées
de chaleur



Trouble de la coordination,
tremblement, engourdissement,
maux de tête, vertiges,
confusion



Diarrhées, vomissements,
nausées, manque d'appétit



Troubles visuels



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