



RIFADINE® RIMACTAN® RIFAMPICINE 300 MG GÉLULE

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
une température ne
dépassant pas 30°C.

COMMENT PRENDRE MON MÉDICAMENT ?

Avalez-le de préférence à
jeun, au moins 1/2 heure
avant un repas ou 2h après.
Ne pas ouvrir la gélule.

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
(ex : anti-épileptiques...)

Avant de prendre un nouveau médicament, contactez votre médecin ou pharmacien

CONSEILS PRATIQUES



Utilisez une contraception mécanique (préservatif) pendant le traitement.



Évitez le port de lentilles de contact (coloration irréversible due au médicament).



Signalez à votre médecin toute allergie ultérieure à un antibiotique.



La consommation excessive de paracétamol associée à ce traitement peut entraîner des troubles hépatiques graves : à consommer avec modération

MANIFESTATIONS À SURVEILLER

(liste non exhaustive)



Urticaire, démangeaisons avec
ou sans éruption cutanée



Douleurs abdominales,
ballonnements, nausées...



Coloration orange réversible
des liquides corporels (salive,
larmes, urine, sueur...)



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



Perte d'appétit



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



Diminution de l'efficacité de la
pilule oestro-progestative
(risque de grossesse)

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