

INFORMATION AUX PATIENT-E-S CONCERNANT LA PRISE D'ANTABUS®

Le/la soussigné-eatteste avoir été informé-e par son médecin..... sur les effets secondaires pouvant résulter de la consommation simultanée d'alcool et d'Antabus®.

Ces effets secondaires sont notamment:

- forte rougeur de la peau du visage, du cou et de la poitrine; importants maux de tête, sensation d'asphyxie, nausées, vomissements, diarrhée, tachycardie, chutes de tension accompagnées de vertiges, douleurs à la poitrine.

Les **effets secondaires** suivants peuvent aussi survenir occasionnellement (même sans consommation d'alcool) :

- torpeur temporaire, manque d'entrain comme aussi dynamisme accru;
- réactions allergiques cutanées, maux de tête, diarrhée, constipation;
- goût métallique ou d'ail dans la bouche.

Prière de contacter et informer votre médecin en cas de rougeurs de la peau, de coloration jaune de la peau et des yeux, d'urine de couleur sombre.

Le/la soussigné-e confirme renoncer à effectuer un test de consommation d'alcool sous Antabus®

Le/la soussigné-e prend l'engagement formel de renoncer à toute consommation d'alcool durant toute la durée du traitement à l'Antabus®.

Date:

.....
Signature de ou de la patient-e:

.....
Sceau/Signature du médecin