



Consegnata il: *da: medico/farmacista (timbro)*

CARTA DEL PAZIENTE



Durante il trattamento con il metotrexato, tenere assolutamente presente:

Lei viene trattato/a con un prodotto a base di metotrexato a causa di poliartrite cronica (= artrite reumatoide), di artrite giovanile o di psoriasi.



Cognome:

Nome:

Preparato a base di metotrexato:

Giorno settimanale dell'assunzione:

Mostri questa Carta del paziente ai Suoi familiari e al personale medico che La assiste, oppure al medico curante in caso di ricovero ospedaliero.

Oltre al foglietto illustrativo, tenga presenti anche i seguenti punti:

- Può assumere o applicare il preparato di metotrexato **SOLAMENTE 1 VOLTA ALLA SETTIMANA**. Insieme al Suo medico/farmacista, stabilisca il giorno della settimana per l'assunzione/aplicazione. Egli annoterà il giorno della settimana sulla confezione e sulla parte superiore di questa carta.
- Contatti immediatamente il Suo medico, qualora durante il trattamento con il metotrexato si manifestino **i seguenti disturbi**: febbre, mal di gola, ulcere della mucosa orale, diarrea, vomito, eruzione cutanea, sanguinamento, debolezza o stanchezza insolita. Tali segni possono indicare un sovradosaggio di metotrexato in caso di utilizzo troppo frequente.
- Informi il Suo medico se soffre di disturbi della funzionalità renale.
- Se necessita di medicinali antidolorifici antinfiammatori (anche senza obbligo di ricetta, ad es. ibuprofene, diclofenac), informi il Suo medico/farmacista del trattamento con il metotrexato.