

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

*Dossier svp à traiter
avec complaisance
G. P. N. 1085*

Déclaration de Maladie : N° P19-0019838

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7560 Société : RAT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TREDDANO Date de naissance : 19.03.59
Adresse : La J. N. N. N. N.
Tél. : 06 61 319 180 Total des frais engagés : 865,50 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.02.22
Nom et prénom du malade : A. TREDDANO Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Allet et hypertension + diabète
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 22.02.22

Le : 22.02.22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/01/66		5	250	<p>Dr. Othman TAZI</p> <p>Endocrinologie - Diabétologie</p> <p>293, Bd. Abdelmoumen - 4100 - Casablanca</p> <p>Tél.: 05 22 86 41 00 - 05 22 86 41 01</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme. YASHINA	06/12/22	615,50
Mme. MOUNDIRI S.		N° 69 Ain Chock Cev
N° 69 A		Tél: 21.95.37

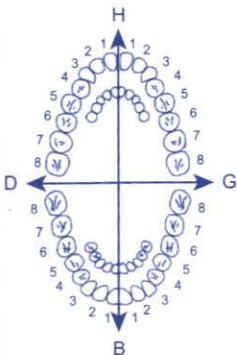
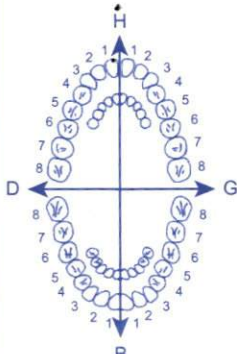
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<p>H</p> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B		<input type="text"/>
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
35533411	11433553														
	B														
(Création, remont, adjonction)	MONTANTS DES SOINS														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS														
<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION														
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France

Diplômé en Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Omnipraticien Diplômé de la faculté de Monastir

Holter Glycemique

Membre de la société Française d' Endocrinologie

Casablanca le, 06/01/2022

Mme TREDANO Naima

13,40x6.
6,8x8
LÉVOTHYROX 87,5 µg par jour soit :

Lévothyrox 50 µg : 1 comprimé + Lévothyrox 25 µg : 1 comprimé et 1/2 le matin à jeun (pendant 06 mois)

CIVASTINE 10 mg

1 comprimé le soir (pendant 06 mois)

DIFAL 1 % Gel

1 application, matin et soir (pendant 10 jours)

15,20
TOPLEXIL

1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour (pendant 05 jours)



Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez rapidement votre médecin : lui seul pourra adapter le traitement à votre état.

En fin de grossesse, la prise abusive de ce médicament peut entraîner des effets néfastes chez le nouveau-né. Par conséquent, il convient de toujours demander l'avis de votre médecin avant de l'utiliser et de ne jamais dépasser la dose et la durée de traitement préconisées.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.

Allaitement

Ce médicament passe dans le lait maternel. En raison de ces propriétés sédatives prononcées, sa prise est à éviter en cas d'allaitement.

D'une façon générale, il convient, au cours de la grossesse et de l'allaitement, de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant de prendre un médicament.

Conduite de véhicules et utilisation de machines :

L'attention est appelée, notamment chez les conducteurs de véhicules et les utilisateurs de machines, sur les possibilités de somnolence attachées à l'usage de ce médicament, surtout en début du traitement.

Ce phénomène est accentué par la prise de boissons alcoolisées ou de médicaments contenant de l'alcool.

Liste des excipients à effet notoire : saccharose, sodium.

3. COMMENT PRENDRE TOPLEXIL sirop ?

Mode d'administration

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 2 ANS
VOIE ORALE

Posologie

Chez l'adulte et l'enfant de plus de 40 kg (soit 12 ans) : 10 ml par prise, 4 fois par jour.

Chez l'enfant : La posologie quotidienne de l'enfant (1 ml de sirop par kg de p soit à titre indicatif :

- Enfant de 13 à 20 kg (soit 2 à 6 ans) : 10 ml par prise, 4 fois par jour.
- Enfant de 20 à 30 kg (soit 6 à 10 ans) : 10 ml par prise, 4 fois par jour.
- Enfant de 30 à 40 kg (soit 10 à 12 ans) : 10 ml par prise, 3 à 4 fois par jour.

Fréquence d'administration

Renouvelez les prises, en cas de besoin, en les espaçant de 4

heures minimum.

Il convient de privilégier les prises v l'effet sédatif, surtout en début de t l'oxoméazine.

Durée du traitement

Le traitement doit être court (quelques moments où survient la toux.

Si votre toux persiste, demandez conseil

Si vous avez l'impression que l'effet de TO fort ou trop faible, consultez votre médecin pharmacien.

Si vous avez pris plus de TOPLEXIL sirop, d :

Consultez immédiatement votre médecin

Si vous oubliez de prendre TOPLEXIL si

Ne prenez pas de dose double pour vous avez oublié de prendre.

4. QUELS SONT LES EFFETS INDES

Comme tous les médicaments, TOP d'avoir des effets indésirables, bien pas sujet.

• Certains effets nécessitent

LE TRAITEMENT ET D'AV

- Réactions allergiques

* de type éruption urticaire),

* œdème de Quin du visage et du co

respiratoire),

* choc anaphylactique

* phénomènes de sen



importante des glo

ester par l'appariti

compagnée ou non

on anormale des pl

re par des saigneme

nt plus fréquents :

- Somnolence, baisse de la vigilan de traitement.

- Troubles de la mémoire ou de la

- Incoordination motrice, tremble

- Confusion, hallucinations.

LOT : 21E017
PER : 06 2023

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70



6 118000 060901

CIVASTINE®

Simvastatine

Comprimé pelliculé

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit, ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Forme pharmaceutique et contenu :

- CIVASTINE® 10 mg comprimé pelliculé Boîte de 28.
- CIVASTINE® 20 mg comprimé pelliculé Boîte de 15 et 30.
- CIVASTINE® 40 mg comprimé pelliculé Boîte de 30.

Composition du médicament :

Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise.

Simvastatine	10 mg
Simvastatine	20 mg
Simvastatine	40 mg

Les autres composants sont :

Excipients : lactose anhydre, cellulose microcristalline, amidon prégelatinisé, croscopolone, butylhydroxyanisole, acide ascorbique, acide citrique anhydre, stéarate de magnésium, alcool éthylique 96%, opadry blanc.

Liste des excipients à effet notoire : lactose, butylhydroxyanisole, alcool éthylique.

Classe pharmacothérapeutique :

Ce médicament est un hypolipémiant.

Indications thérapeutiques :

CIVASTINE® est un médicament utilisé pour faire baisser les taux du cholestérol total, du mauvais cholestérol (cholestérol LDL), et des substances grasses appelées triglycérides dans le sang. De plus, CIVASTINE® augmente les niveaux du bon cholestérol (cholestérol HDL). CIVASTINE® fait partie de la classe des médicaments appelés statines.

Le cholestérol est une des nombreuses substances grasses trouvées dans le système sanguin. Votre cholestérol total est composé principalement de cholestérol LDL et de cholestérol HDL.

Le LDL cholestérol est souvent appelé le « mauvais » cholestérol parce qu'il peut s'agglomérer sur les parois de vos artères en formant une plaque. Finalement, la création de cette plaque peut mener à un rétrécissement des artères. Ce rétrécissement peut ralentir ou bloquer le flux sanguin vers les organes vitaux comme le cœur et le cerveau. Ce blocage du flux sanguin peut entraîner une crise cardiaque ou une attaque cérébrale. Le HDL cholestérol est souvent appelé le « bon » cholestérol parce qu'il aide à empêcher le mauvais cholestérol de s'agglomérer dans les artères et protège contre les maladies cardiaques.

Les triglycérides sont une autre forme de graisse dans votre sang qui peuvent augmenter votre risque de maladie cardiaque.

Vous devez poursuivre un régime hypocholestérolémiant pendant la prise de ce médicament.

CIVASTINE® est utilisé en complément d'un régime hypocholestérolémiant, si vous avez :

- Un taux élevé de cholestérol dans votre sang (hypercholestérolémie primaire) ou des niveaux élevés de graisse dans votre sang (dyslipidémie mixte),
- Une maladie héréditaire (hypercholestérolémie familiale homozygote) qui augmente le taux de cholestérol dans le sang. Vous pouvez également recevoir d'autres traitements,
- Une insuffisance coronarienne ou un risque élevé d'insuffisance coronarienne (parce que vous avez un diabète, un antécédent d'accident vasculaire cérébral ou une maladie vasculaire d'origine athéroscléreuse). CIVASTINE® peut prolonger votre vie en réduisant le risque de problèmes cardiaques, indépendamment de la quantité de votre cholestérol sanguin.

Chez la plupart des gens, il n'y a pas de symptôme immédiat dû à un taux élevé de cholestérol. Vous ne pouvez pas mesurer votre cholestérol à l'aide d'un simple test sanguin. Consultez votre médecin régulièrement, vérifiez votre

Posologie :

Votre médecin déterminera la posologie en fonction de votre état de santé, de

Toujours prendre ce médicament comme votre médecin vous l'a indiqué. Vérifiez

Vous devez suivre un régime faisant baisser le cholestérol pendant le traitement.

Mode et voie d'administration :

Prenez CIVASTINE® en prise unique le soir. Vous pouvez le prendre avec ou sans

Durée du traitement :

Continuez à prendre CIVASTINE®, à moins que votre médecin ne vous demande

Si votre médecin vous a prescrit CIVASTINE® avec un autre médicament qui fait

biliaire, vous devez prendre CIVASTINE® au moins 2 heures avant ou 4 heures

Dosage :

La dose recommandée est de 1 comprimé de CIVASTINE® 10 mg, 20 mg, 40 mg, par

Adultes :

La dose habituelle de départ est de 10, 20 mg ou dans quelques cas 40 mg par jour,

moins 4 semaines de traitement à une dose maximum de 80 mg/jour. Ne prenez pas

Votre médecin peut vous prescrire un plus faible dosage, surtout si vous prenez ce

avec des problèmes rénaux.

La dose de 80 mg est uniquement recommandée aux patients adultes à très haut

cardiaques et qui n'ont pas atteint le taux de cholestérol souhaité à de faibles doses.

Enfants :

Pour les enfants (âgés de 10 à 17 ans), la dose usuelle recommandée pour débuter le traitement est de 10 mg par jour à prendre le

soir. La dose maximale recommandée est de 40 mg par jour.

Contre-indications :

Ne prenez jamais CIVASTINE® dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à la simvastatine ou à l'un des
- Si vous avez actuellement des problèmes hépatiques.
- Si vous êtes enceinte ou si vous allaitez.
- Si vous prenez un (des) médicament(s) avec un ou plus d'un des

PPV 70DH00
PER 10/23
LOT K2797

Si vous prenez ou avez pris, dans les 7 derniers jours, ou si on vous a dit que vous avez eu des infections bactériennes.

Demandez à votre médecin si vous n'êtes pas certain que votre médicament

Effets Indésirables :

CIVASTINE® est susceptible d'avoir les effets indésirables suivants :

PPV 70DH00
PER 10/23
LOT K2797

- Réactions de type allergique (hypersensibilité) telles que :
 - Gonflement du visage, de la langue et/ou de la gorge pouvant provoquer une difficulté à respirer.
 - Douleurs musculaires graves, généralement dans les épaules et les hanches.
 - Eruption accompagnée d'une faiblesse des membres et des muscles.
 - Douleur non inflammatoire des articulations (rhumatisme inflammatoire).

PPV 70DH00
PER 10/23
LOT K2797

- Maux de tête.
- Problèmes digestifs (douleur abdominale, constipation, diarrhée, éructation, démangeoisons, perte de cheveux, faiblesse, somnolence agitée (très rare), perte de mémoire, confusion.

Les effets indésirables suivants ont également été rapportés mais la fréquence ne

PPV 70DH00
PER 10/23
LOT K2797

L'augmentation de certains tests hépatiques et d'une enzyme musculaire (CPK).

Mises en garde spéciales et Précautions particulières

Avertissements et précautions :

Informez votre médecin :

- De tous les médicaments que vous prenez, y compris ceux achetés sans ordonnance.

• De tous les produits à base d'alcool que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de raisin ou de pamplemousse que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de citron ou de mandarine que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de kiwi ou de framboise que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de raisin ou de pamplemousse que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de citron ou de mandarine que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de kiwi ou de framboise que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de raisin ou de pamplemousse que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de citron ou de mandarine que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de kiwi ou de framboise que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de raisin ou de pamplemousse que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de citron ou de mandarine que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de kiwi ou de framboise que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de raisin ou de pamplemousse que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de citron ou de mandarine que vous consommez.

• De tous les produits à base de jus de kiwi ou de framboise que vous consommez.

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

يجب قراءة هذه النشرة بأكملها بانتباه قبل استعمال هذا الدواء. لأنها تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك

- احتفظ بهذه النشرة، فقد تحتاج لقراءتها من جديد
- إذا كانت لديك أسئلة أخرى، اسأل طبيبك أو صيدلي
- وصف لك هذا الدواء شخصيا، لا تعطيه لأحد سواك، حتى ولو كانت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
- إذا كنت تواجه أي آثار جانبية، تحدث مع طبيبك أو صيدلي. وهذا ينطبق أيضا على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة

فترة الحمل.

الاشتراك بين ليفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع، ليفوتيروكس يجتاز قليلا جدا حاجز المشيمة، في حين مضادات الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.

الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج. قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف الخصوبة. وينبغي تكييف علاج قصور الغدة الدرقية بواسطة ليفوتيروكس على أساس المراقبة البيولوجية لأن أخذ تحت الجرعة قد لا يحسن قصور الغدة الدرقية وأخذ فوق جرعة يمكن أن يسبب ط التدرق.

على القدرة على قيادة المركبات واستخدام الآلات. تيروكسين ليس لديه أي آثار على قيادة المركبات واستخدام الآلات.

3- ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟

الجرعة، كيفية و / أو طريقة تناول، تردد تناول و مدة العلاج الجرعة يأخذ دائما هذا الدواء باحترام تام لتأثيرات طبيبك أو الصيدلي. تحقق

مع طبيبك أو الصيدلي إذا كنت في شك. الجرعة الموصى بها مع الحمل الفردي للعلاج

طع و ما هي حالات استعماله؟
1 - يجب سربها قبل استعمال ليفوتيروكس قرص

قرص قابل للقطع ؟

محتملة؟

ر ص قابل للقطع ؟

للقطع و ما هي حالات استعماله

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

يوصى باستعماله في الحالات التالية:

(الدرقية)

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

MERCK

نشرة: معلومات الاستعمال

ليفوتيروكس® قرص قابل للقطع

ليفوتيروكسين صودي، عن طريق الفم

ما تحتوي على معلومات هامة بالنسبة لك



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

ت لديه نفس الأعراض التي لديك، لأن ذلك قد يسبب له الضرر
ينطبق أيضا على أي من الآثار الجانبية المحتملة غير المذكورة في هذه النشرة



Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

فترة الحمل.
الاشتراك بين ليفوتيروكس مع مضادات الغدة الدرقية في علاج
فرط التدرق لا يشار إليه خلال فترة الحمل. في الواقع،
ليفوتيروكس يجتاز قليلا جدا حاجز المشيمة، في حين مضادات
الغدة الدرقية تجتازها بسهولة. لهذا قد يؤدي إلى خطورة
حدوث قصور الغدة الدرقية عند الجنين.

الرضاعة الطبيعية هي ممكنة خلال فترة العلاج.
قصور الغدة الدرقية أو فرط التدرق قد يضعف الخصوبة.
وينبغي تكيف علاج قصور الغدة الدرقية بواسطة ليفوتيروكس
على أساس المراقبة البيولوجية لأن أخذ تحت الجرعة قد لا
يحسن قصور الغدة الدرقية و أخذ فوق جرعة يمكن أن يسبب
فرط التدرق.

آثار على القدرة على قيادة المركبات و استخدام الآلات
ليفوتيروكس ليس لديه أي آثار على قيادة المركبات و استخدام الآلات

3- ما هي طريقة استعمال ليفوتيروكس قرص قابل للقطع ؟

الجرعة، كيفية و / أو طريقة تناول، تردد تناول و مدة العلاج
الجرعة
يأخذ دائما هذا الدواء باحترام تام لتأثيرات طبيبك أو الصيدلي.
تحقق

مع طبيبك أو الصيدلي إذا كنت في شك. الجرعة الموصى بها
تختلف وفقا لدرجة المرض، العمر و التحمل الفردي للعلاج.
لا يمكن قطعها إلى نصفين

يوصى باستعماله في الحالات التالية:
تبطة بنقص التدرق و التي
تقتضي كبح إفراز.
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

قرص قابل للقطع ؟

قائمة المعلومات اللازمة قبل تناول الدواء

إذا أعلمكم طبيبك المعالج بعدم التقاط لبعض أنواع من
المركبات