

ASSUNZIONE DI ANTABUS® SCHEMA INFORMATIVA PER LA/IL PAZIENTE

La/Il sottoscritta/o conferma di essere stata/o
informata/o dalla/dal sua/o medico curante sulle possibili

interazioni indotte da un'**assunzione simultanea di alcol e Antabus®**, ovvero:

- marcato arrossamento cutaneo (testa, collo e petto); forti mal di testa; sensazione di soffocamento; nausea; vomito; diarrea; tachicardia; diminuzione della pressione arteriosa con capogiri; dolori al torace.

Occasionalmente, possono presentarsi i seguenti **effetti collaterali** (senza assunzione di alcol):

- stordimento momentaneo, apatia ma anche euforia;
- dermatite allergica, mal di testa, diarrea, costipazione;
- retrogusto metallico o di aglio.

In caso di arrossamento cutaneo, colorazione giallastra degli occhi o della pelle o urine di colore scuro, occorre avvertire la/il medico.

La/Il sottoscritta/o conferma di rinunciare a bere alcol durante l'assunzione di Antabus. La/Il sottoscritta/o s'impegna a osservare la completa astensione dall'alcol durante la terapia a base di Antabus.

data:

.....
firma della/del paziente

.....
timbro / firma
della/del responsabile dello studio
medico