زيادة جرعة لاموتريجين أكتافيس وتقليل:

Upptrappning av Lamotrigin Actavis och nedtrappning av:

.....

يبدأ العلاج بجرعة منخفضة، تزداد تدريجيًا خلال الأسابيع التالية وفقًا للتعليمات التي تلقيتها من طبيبك.
وسيتم تقليل جرعة دواء الصرع الآخر في نفس الوقت أو بعد زيادة جرعة لاموتريجيناكتافيس.

تاريخ البدء: ..... (Startdatum)

يوم عمل لتغيير الجرعة: ..... (Veckodag för ändring av dos)

الزيادة
(Upptrappning)

		عدد الأقراص في كل حالة (Antal tabletter per tillfälle) صباحًا (Morgon)	مساءً (Kväll)	ضع علامة عندانتهاء الأسبوع
الأسبوع الأول (Vecka 1)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)
الأسبوع الثاني (Vecka 2)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)
الأسبوع الثالث (Vecka 3)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)
الأسبوع الرابع (Vecka 4)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)

		عدد الأقراص في كل حالة (Antal tabletter per tillfälle) صباحًا (Morgon)	مساءً (Kväll)	ضع علامة عندانتهاء الأسبوع
الأسبوع الخامس (Vecka 5)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)
الأسبوع السادس (Vecka 6)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)
الأسبوع السابع (Vecka 7)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)
الأسبوع الثامن (Vecka 8)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)

تاريخ البدء: ..... (Startdatum)

يوم عمل لتغيير الجرعة: ..... (Veckodag för ändring av dos)

تقليل الجرعة
(Nedtrappning)

		عدد الأقراص في كل حالة (Antal tabletter per tillfälle) صباحًا (Morgon)	مساءً (Kväll)	ضع علامة عندانتهاء الأسبوع
الأسبوع الأول (Vecka 1)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)
الأسبوع الثاني (Vecka 2)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)
الأسبوع الثالث (Vecka 3)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)
الأسبوع الرابع (Vecka 4)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)

		عدد الأقراص في كل حالة (Antal tabletter per tillfälle) صباحًا (Morgon)	مساءً (Kväll)	ضع علامة عندانتهاء الأسبوع
الأسبوع الخامس (Vecka 5)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)
الأسبوع السادس (Vecka 6)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)
الأسبوع السابع (Vecka 7)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)
الأسبوع الثامن (Vecka 8)	مجم/قرص (mg/tablett)	قطع (st.)	قطع (st.)	☐ 7 x أيام (x 7 dagar)

معلومات إضافية: ..... (Övrig information)

طبيبي: ..... (Min läkare) الهاتف: ..... (Telefon)

ممرضتي: ..... (Min sjuksköterska) الهاتف: ..... (Telefon)

ما الذي يتعين علي فعله إذا نسيت تناول الدواء؟
لا تتناول أقراصًا إضافية لتعويض الجرعة الفائتة. إذافاتك تناول دوائك، استشر طبيبك بشأن كيفيةالاستئناف. هذا مهم للغاية في حال مرور فترة طويلةمنذ تناول آخر جرعة.

ما الذي يتعين على فعله إذا تناولت جرعة كبيرة من الدواء؟
إذا تناولت جرعة كبيرة جدًا من لاموتريجين أكتافيس أو إذا تناوله طفل هذا الدواء عن طريق الخطأ، يتعين عليكالاتصال على الفور بالطبيب أو موظف بالمستشفى أو موظف بالصيدلية أو مركز معلومات السموم. (الاتصال على رقم 112) للاستشارة والحصول على تقييم المخاطر.

Actavis AB, Strandbergsgatan 61, 112 89 Stockholm, tel. 08-13 63 70, info@actavis.se