



Je suis actuellement un traitement anti-malaria, le LARIAM®  
Ce traitement peut avoir sur moi les effets secondaires suivants :

- |                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anxiété      | <input type="checkbox"/> Palpitations    | <input type="checkbox"/> Agressivité            |
| <input type="checkbox"/> Dépression   | <input type="checkbox"/> Insomnie        | <input type="checkbox"/> Fragilité              |
| <input type="checkbox"/> Agitation    | <input type="checkbox"/> Hallucinations  | <input type="checkbox"/> Cauchemars             |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité | <input type="checkbox"/> Paranoïa        | <input type="checkbox"/> Incohérence des propos |
| <input type="checkbox"/> Confusion    | <input type="checkbox"/> Mauvaise humeur |   |

Si je ressens l'un de ces symptômes à un niveau inquiétant,  
Je dois consulter un médecin urgemment.

Si je n'ai pas accès à un médecin,

- 1) j'arrête de prendre du LARIAM® et le remplace aussitôt par de la MALARONE® ou de la DOXYCYCLINE®
- 2) si les symptômes persistent ou que je n'ai pas accès à des médicaments alternatifs, je quitte la zone de malaria et consulte un médecin
- 3) si les symptômes persistent de manière inquiétante, je rentre à mon domicile ou me fais rapatrier immédiatement et me fais suivre par un médecin et des proches.

Dans tous les cas, je fais lire ce document à une personne capable de me prendre en charge et je demande l'avis de mon entourage quant aux symptômes qu'ils détectent en moi.

**ATTENTION: LE RISQUE LE PLUS GRAVE DE DERIVE MENTALE PEUT ME MENER AU SUICIDE.  
IL FAUT DONC PRENDRE CES SYMPTOMES TRES AU SERIEUX.**

Nom : .....

Prénom : .....

Pays de résidence: .....

Assurance : ..... Tél:.....Police n° .....

Médecin traitant : ..... Tel: .....

Un proche à contacter : .....Tel : .....

