

INFORMACION AL PACIENTE DE ACIDO ZOLEDRÓNICO 5 MG

Nº H.C. _____
NOMBRE _____

El medicamento que se le administrará es **Ácido Zoledrónico**. Su médico ha decidido realizarle este tratamiento para su enfermedad ósea.

Este medicamento se administra de forma intravenosa **durante 15 minutos** en el Hospital de Día de Reumatología.

Si usted toma **otros medicamentos diferentes** a los de su enfermedad ósea, los puede tomar antes de la administración de **Ácido Zoledrónico**.

Antes de recibir el tratamiento es recomendable tener una **buena hidratación**, sobre todo si usted toma diuréticos.

Para la administración de **Ácido Zoledrónico** **no es necesario acudir en ayunas**.

Si usted es **alérgico** a cualquier medicamento es aconsejable que lo indique a la enfermera antes de empezar el tratamiento.

Si usted está tomando Risedronato, Alendronato, Etidronato, Tiludronato o Raloxifeno para su enfermedad, **debe suspender** dicho tratamiento después de la administración de **Ácido Zoledrónico**. En cambio,

Debe seguir tomando el calcio y Vitamina D, sobre todo los 10 días después de la administración de **Ácido Zoledrónico**.

Durante la perfusión del medicamento, **usted no debe notar ninguna molestia**, si esto ocurriese avise a la enfermera.

Se ha descrito la **aparición de molestias semejantes a una gripe** (fiebre, dolor muscular y articular) después de la administración del **Ácido Zoledrónico** que se resuelve en 3-4 días.

Si presenta signos como hormigueos, adormecimiento de los dedos y de la zona alrededor de la boca o espasmos faciales en los 10 días siguientes a la perfusión, póngase en contacto con su médico.

Si presenta efectos adversos en las primeras 24 horas posteriores al tratamiento debe ponerse en contacto con su médico.

TFNOS CONTACTO _____