

FICHE DE NOTIFICATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES SUSCEPTIBLE(S) D'ETRE DU(S) A UN MEDICAMENT
OU UN PRODUIT DE SANTE A USAGE HUMAIN

À retourner au Centre de Pharmacovigilance ou à la Direction de la Pharmacie, du Médicament et Laboratoires

Tél. : 222219281 ; Flotte : Fax : BP 1248

E-mail : dpml.cmr@gmail.com, vigilance@dpml.cm

Date : Fiche n°

PATIENT Nom et prénom :		Si nouveau né, produit pris :	
Sexe : F M	Age : /__ / année /__ / mois	Poids :	Taille :
Adresse (Tél.) : Région : DS : FS :		- par le patient : - Par l'allaitement : - par la mère pendant la grossesse : (préciser le trimestre) :	
Antécédents/facteurs favorisants : Grossesse /__ / Alcoolisme /__ / Hépatopathie /__ / Allergie /__ / Néphropathie /__ / Tabagisme /__ / Autres (préciser)			
Evènement(s) indésirables (s) : Nature et description de l'évènement ;			
Date de prise / vaccination : /__ /__ /__ / Date d'apparition : /__ /__ /__ / Sinon délai d'apparition après la prise/vaccination : Minutes /__ / Heures /__ / Jours /__ / Mois /__ /			

PRODUITS SUSPECTS (y compris vaccins, solvants et plantes médicinales) :

N°	NOM / DOSAGE / FORME	FABRICANT	N° DE LOT	DATE DE PEREMPTION	VOIE D'ADMINISTRATION	POSOLOGIE	INDICATION/ Motif De Traitement	DUREE TRAITEMENT	
								DATE DE DEBUT	DATE DE FIN
1									
2									
3									
4									
5									
Un ou plusieurs produits ont-ils été arrêtés : Oui /__ / Non /__ / Pas d'information /__ / Si oui le(s) quel(s) : La réaction a-t-elle disparu après l'arrêt ? Oui /__ / Non /__ / Pas d'information /__ /					Un ou plusieurs produits ont-ils été réintroduits ? Oui /__ / Non /__ / Pas d'information /__ / Si oui, la réaction a-t-elle réapparu ? Oui /__ / Non /__ / Pas d'information /__ /				
GRAVITE /__ / Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation /__ / Incapacité ou invalidité permanente /__ / Mise en jeu du pronostic vital /__ / Décès						EVOLUTION /__ / Guérison sans séquelle /__ / Guérison avec séquelle /__ / Sujet non encore rétabli /__ / Décès dû à l'effet /__ / Décès sans rapport avec l'effet /__ / Décès auquel l'effet a pu contribuer /__ / Inconnu			

Pour tout produit : préciser le lieu d'acquisition Pharmacie /__ / Formation Sanitaire /__ / Rue /__ / autres /__ /

Pour les vaccins : préciser : le lieu de la vaccination /__ / le site d'injection (ex : Bras gauche = BG) /__ /

Pour les plantes médicinales : préciser la partie utilisée racine /__ / écorce /__ / feuille /__ / fleur /__ /

NOTIFICATEUR :

Nom et Prénom :

/__ / Médecin /__ / Pharmacien /__ / Dentiste /__ / Sage-femme /__ / Infirmier Autres (à préciser) :

Spécialité (à préciser)

Téléphone : Email :

Date : Signature et cachet :

N.B. : Bien vouloir renseigner les informations supplémentaires au verso