

FICHE DE NOTIFICATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES DES MEDICAMENTS ET VACCINS

1. PATIENT

1.1. IDENTIFICATION

Nom et prénom :	Date de naissance ou Age :	Profession :	Grossesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° dossier :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Si oui, préciser l'âge gestationnel :
Localité ou ville :	Poids (kg) : Taille (cm) :	Statut matrimonial :	
Téléphone :			

1.2. ANTECEDENTS MEDICAUX (DECRIRE) :

1.3. HABITUDES TOXIQUES : Tabac Alcool Autres (préciser) :

2. MEDICAMENT(S) – VACCIN(S) PRIS PAR LE PATIENT (par ordre de suspicion décroissant)

Nom de spécialité ou DCI, dosage, forme, présentation	Posologie et voie d'administration	Numéro de lot	Date de péremption	Date de prise		Indication
				Début	Dernière prise	
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						

Modalités de dispensation et de prise : Prescription médicale Automédication Autres (précisez) :

Si VACCIN : 1^{re} dose 2^e dose 3^e dose **Lieu de vaccination :** **Heure de la vaccination :**
Nom du diluant : **Numéro de lot (diluant) :** **Péremption (diluant) :**

3. EVENEMENT(S) INDESIRABLE (S)

Description clinique et/ou para-clinique de l'évènement indésirable (EI) :
.....
.....

Date d'apparition de l'effet : ____/____/____ **Conduite adoptée :** Arrêt du médicament Réduction de la dose
 Traitement correcteur (préciser) : Hospitalisation (ou prolongation)

Evolution de l'évènement indésirable : Guéri Non encore guéri Séquelles Décès Inconnue
Ré administration du médicament : Oui Non Réapparition de l'évènement indésirable : Oui Non si oui décrivez :

4. NOTIFICATEUR

Nom et Prénom : Tél. Email.....
Qualification : Lieu d'exercice:
Date de notification : **Cachet et signature**