



**NOTIFICATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES AUX
MEDICAMENTS, VACCINS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE**

Patient :

Fiche N° :

Nom et prénom :		Antécédents et terrain :
Age :	Sexe : M / <input type="checkbox"/> / F / <input type="checkbox"/>	
Poids en Kg :	Si grossesse ; âge gestationnel :	
Localité ou ville :	Tél :	

Evénement(s) indésirable(s) :

Description clinique et para clinique de l'événement indésirable :

.....

Date d'apparition : /__/__/____/ Si non **Délai d'apparition après la prise:** Heures /__/__/ Jours /__/__/ Mois /__/__/

Diagnostics différentiels éliminés :

.....

Conduite adoptée : Arrêt du médicament / / Réduction de la dose / , Traitement correcteur, précisez.....
Hospitalisation / Prolongation d'hospitalisation) /

Evolution de l'événement: Guérison sans séquelles / / séquelles / Sujet non encore rétabli / Décès / Inconnue /

Médicaments, vaccins et autres produits de santé (PS) pris par le patient : (par ordre de suspicion)

Nom la spécialité et présentation	Posologie et voie d'administration	N° de lot	Date de début	Date d'arrêt	Indication	Modalités de dispensation et de prise(*)

(*) précisez si, prescription médicale :1 Auto médication :2 Erreur médicamenteuse :3 Produit défectueux :4

Si vaccin : Nombre de prise : Lieu de vaccination : Secteur Public / / Privé / Campagne de vaccination /

Si plante médicinale : Quantité Partie utilisée Prise en : Infusion / Décoction / Macération /

Autres / à préciser

Médicament ou produit de santé ré administré : Oui / Non / lequel :

Réapparition de l'événement indésirable : Oui / Non / décrivez :

Observation relevée par :

Nom et prénom : tel : Email :

Médecin / spécialité..... dentiste / Pharmacien / Infirmier / Autre :

Lieu d'exercice : CHU / Public / Privé / Ville :

Signature