

**** Prière de remplir au moins les cases marquées en Bleu / en Gras ...**

Date de Notification : _____

• NOTIFICATEUR :

Nom	Prénom	Qualification/spécialité	Tél	E-mail

• PATIENT :

Nom (première lettre)	Prénom (première lettre)	Sexe	Date de naissance

Poids _____ (Kg), Taille _____ (m)

Patient(e) enceinte : ☐ Oui ☐ Non - Si oui, date des dernières règles : _____

Patient(e) allaitante : ☐ Oui ☐ Non

Pour le nouveau-né : préciser si le médicament a été pris :

Par lui-même : ☐ par sa mère : pendant la grossesse : trimestre : ☐ pendant l'allaitement : ☐

Autres informations :

- ☐ Consommation d'alcool ☐ Consommation de tabac ☐ Consommation de drogues ☐ Régime alimentaire
☐ Radiothérapie ☐ Implants ☐ Contraception hormonale
☐ Autres :

Antécédents du patient :

• MEDICAMENTS :

Médicament objet de suivi					
Nom commercial (DCI)	N° Lot	Posologie et voie d'administration	Date du début d'administration	Date de fin d'administration*	Indication

* Si pas d'arrêt du médicament mettre continue.

Suspecté dans la survenue de l'effet indésirable : ☐ Non ☐ Oui ☐ Sans avis

Médicament concomitants				
Nom commercial (DCI)	Posologie et voie d'administration	Date du début d'administration	Date de fin * d'administration	Indication

• DESCRIPTION DETAILLEE DE (S) L'EVENEMENT(S) ET DE SON/LEURS EVOLUTION(S) :

Evénement Date de survenue : _____ Durée : _____ Nature et description : _____ _____ _____ _____ _____ Médicaments utilisés pour traitement de l'évènement indésirable : _____ _____ _____

Gravité	Evolution	Condition de Survenue
☐ Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation ☐ Incapacité ou invalidité permanente ☐ Mise en jeu du pronostic vital ☐ Décès ☐ Anomalie ou malformation congénitale ☐ Non grave	☐ Guérison sans séquelle ☐ Guérison avec séquelles ☐ Guérison en cours ☐ Sujet non guéri ☐ Décès dû à l'effet ☐ Décès sans rapport avec l'effet ☐ Inconnue	☐ Conditions normales d'utilisation ☐ Erreur médicamenteuse ☐ Mésusage ☐ Surdosage ☐ Abus ☐ Autre

Disparition de(s) effet/évènement(s) indésirable(s) à l'arrêt du médicament :

☐ Oui ☐ Non ☐ Non applicable

Réapparition de(s) effet/ évènement(s) indésirable(s) à la reprise du médicament :

☐ Oui ☐ Non ☐ Non applicable

Coordonnées du déclarant

Nom et prénom : _____
Etablissement : _____
Poste / Service, Direction : _____
Tél / e-mail : _____