



REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE
CENTRE NATIONAL DE PHARMACOVIGILANCE ET DE MATERIOVIGILANCE

FICHE DE DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES
DES PLANTES MEDICINALES

<p align="center">Identification du Patient</p> <p>Nom (3 premières lettres) [][][] Prénom (première lettre) [] Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Poids [] Kg Taille [][] m Age [] ans</p>	<p align="center">Identification du professionnel de santé</p> <p>Nom : Prénom : Profession /Grade : Etablissement : Téléphone / Fax : E-mail : Adresse postale : Date : [][][]</p>
--	--

Identification du Produit	Identification de la plante (s)	Parties utilisées	Dose	Mode de Préparation	Dates d'Utilisation		Indication
					Exprimée en :	Début	
Nom de la Marque	Nom Vernaculaire et Nom Scientifique (si connu)	(entières, fleurs, feuilles, tiges, écorces, fruits, racines, graines...)	-Cuillère à café ou à soupe -Poignée -Pincée -Gramme	<input type="checkbox"/> Infusion <input type="checkbox"/> Décoction <input type="checkbox"/> Macération <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :			
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						

En cas d'administration associée de **produits pharmaceutiques**, préciser leurs dénominations

<p>Description de l'effet indésirable</p>	Nature, Localisation, Caractéristiques
<p>Date d'Apparition : [][][] Délai d'Apparition : heures [][] jours [][] mois [][] Durée de l'Effet Indésirable [][][]</p>	
<p>Conduite adoptée : Arrêt de la phytothérapie : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Traitement correcteur : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lequel :</p>	

<p align="center">Gravité</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisation ou prolongation de l'hospitalisation <input type="checkbox"/> Incapacité ou invalidité permanente <input type="checkbox"/> Mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> Autre situation médicale grave <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Non grave</p>	<p align="center">Evolution</p> <p><input type="checkbox"/> Guérison <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Sans séquelles <input type="checkbox"/> Avec séquelles <input type="checkbox"/> Sujet non encore rétabli <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> dû à l'effet <input type="checkbox"/> auquel l'effet a pu contribuer <input type="checkbox"/> sans rapport avec l'effet <input type="checkbox"/> Inconnue</p>	<p align="center">Antécédents et Terrain du patient</p>
---	--	--