



CNPM, Sis Bâtiments Nouvel Institut Pasteur Dely Ibrahim, Alger. Tél. /Fax : 021. 36 36 71/ 021 36 28 84/ 021 36 37 9
E-mail cnpm@cnpm.org.dz
Site web www.cnpm.org.dz

Dossier n° _____

[illegible]

Résumé

PHARMACOVIGILANCE

ORIGINE

Correspondant Tél.
 Service hospitalier
 Hospitalisation ☐ Date :
 Consultation ☐ Date :
 Autre :

Observations relevées { Par : informations recueillies par :
 Le : visite ☐ lettre ☐ téléphone ☐

MALADE Nom : Prénom : Profession :
 Adresse : Code postal : Morphologie :
 Date de naissance ou âge : Sexe : Poids : Taille :

Antécédents et terrain

Grossesse : non ☐ oui ☐ Réactions : à :
 Age ou date D.R. : Manifestation antérieure similaire liée à la même thérapeutique ☐ à une autre thérapeutique ☐
 Motif de l'hospitalisation ou de la consultation :

MEDICAMENTS NOM-PRÉSENTATION	VOIE	DATE et DURÉE	DOSE par :	R*	MOTIF (s) de la prescription
		Début du traitement : Date : heure : Dernière prise : Date : heure :	Prise : Jour : Semaine : Mois : Totale :	C ☐ S ☐ B ☐	
		Début du traitement : Date : heure : Dernière prise : Date : heure :	Prise : Jour : Semaine : Mois : Totale :	C ☐ S ☐ B ☐	
		Début du traitement : Date : heure : Dernière prise : Date : heure :	Prise : Jour : Semaine : Mois : Totale :	C ☐ S ☐ B ☐	
		Début du traitement : Date : heure : Dernière prise : Date : heure :	Prise : Jour : Semaine : Mois : Totale :	C ☐ S ☐ B ☐	
		Début du traitement : Date : heure : Dernière prise : Date : heure :	Prise : Jour : Semaine : Mois : Totale :	C ☐ S ☐ B ☐	

* Relation de cause à effet estimée (ne pas remplir SVP) 1 : Douteuse 2 : Plausible, ou 3 : Vraisemblable

C (chronologiques et évolutifs) S. (sémiologiques – cliniques et paracliniques) B (bibliographiques)
 Autres médicaments (de responsabilité estimée nulle)

OBSERVATION (signes cliniques et paracliniques), y compris l'évolution, hospitalisation
Type A ☐ Type B ☐ Type C ☐

Date et heure du début des symptômes :

Délai entre { Début du traitement (administration chronique) : } et début des symptômes
{ Dernière prise (administration isolée ou chronique) : }

Type A (Action du médicaments): effets indésirables liés à un effet pharmacologique (exagéré).

Type B (Réactions du patient): mécanisme immunologique ou non immunologiques sous forme de rash cutané, d'anaphylaxie, de vascularite, de réaction inflammatoire d'un organe, voire de syndrome auto-immun hautement spécifique, déficit enzymatique congénital.

Type C : résultent généralement d'une prise chronique du médicament.

T.S.V.P.

Effet observé chez un enfant et mis en relation avec la prise par sa mère des médicaments énumérés page précédente
au cours de la grossesse : ☐ , de l'allaitement : ☐

Ces médicaments semblent-ils avoir aggravé ☐ ou amélioré ☐ l'affection?

La réaction a-t-elle gêné un examen complémentaire ☐ ou une thérapeutique ☐ ?

La réaction a-t-elle masqué ☐ ou révélé ☐ une affection ignorée jusque-là ?

**Facteurs
associés**

Absorption simultanée d'alcool - quantité : autre(s) toxique(s) :

Habitudes du sujet (alimentation, tabac, éthylisme, sommeil, conduite de véhicule...)

Agents physiques (traumatisme, exposition au soleil...)

Traitements non médicamenteux :

Traitements antérieurs :

**Modalités
du
traitement**

Sur prescription médicale : oui ☐ non ☐ autres ☐

Si oui, prescription apparemment respectée : oui ☐ non ☐

Interaction médicamenteuse possible : ☐

Automédication abusive ou
pharmacodépendance : oui ☐ non ☐

