



Centre National de Pharmacovigilance et de Matérovigilance
Professeur Abdelkader HELALI

RAPPORT CONFIDENTIEL DE REACTION(S) INDESIRABLE(S) AUX MEDICAMENTS INCLUANTS MALFORMATION(S) CONGENITALE(S) PHARMACOVIGILANCE

Date de la déclaration : | | | | | | | | | |

Informations du patient :

Nom : | | | | | Prénom : Age : Sexe : Taille :m Poids : Kg
3 premières lettres

Description de la réaction indésirable :

Description de la réaction (nature, localisation, gravité, caractéristiques).....

Date d'apparition :/...../..... Durée de l'effet indésirable :

Médicament(s) DCI (mettre le nom de marque)	N° de Lot	Voie d'administration	Posologie	Date d'administration		Raison d'emploi (indication)
				Début	Fin	

Commencer par le médicament que vous suspectez responsable de la réaction

Traitement de la réaction indésirable :

Nature du traitement : ☐ Médicamenteux ☐ Non médicamenteux

Descriptif du traitement

Evolution : ☐ Disparition ☐ En cours ☐ Inconnue ☐ Décès Date de décès :/...../.....

Séquelles : ☐ Oui ☐ Non Type de séquelles :

Antécédents du malade/Histoire de la maladie ou commentaires :

Les facteurs de risques associés :

(insuffisance rénale, exposition antérieure au médicament suspecté, allergies antérieures, modalités d'utilisation)

Identité du rapporteur :

Nom : Prénom :

Téléphone/Fax : E-mail :

Type d'exercice : ☐ Public ☐ Privé

Adresse professionnelle :