



Centre National de Pharmacovigilance et de Matérovigilance
Professeur Abdelkader HELALI

**DÉCLARATION CONFIDENTIELLE PAR LE PATIENT D'ÉVÉNEMENT(S) INDESIRABLE(S)
LIÉ(S) AUX MÉDICAMENTS OU AUX PRODUITS DE SANTÉ**

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

Informations du patient traité:

Nom : |_|_|_|_| Prénom : Age : Sexe : Taille :m Poids : Kg
N° Tél. : ^{3 premières lettres} Antécédent du patient

Les médicaments ont été reçus par :

- le nouveau né directement
 la mère durant l'allaitement
 la mère durant la grossesse lors du.....trimestre. *Si disponible, indiquer la date des dernières règles.....*
 le père

Description de la réaction indésirable

Médicament(s) DCI (mettre le nom de marque)	N° de Lot	Mode d'utilisation (orale, cutanée, nasale, ...)	Dose/jour utilisée	Début d'utilisation du médicament	Fin d'utilisation du médicament	Motif d'utilisation du médicament
1						
2						
3						
4						
5						
6						

*Si vous utiliser d'autres médicaments, vous pouvez continuer la liste sur une feuille annexe.
Commencer en 1^{er} par le médicament suspecté*

Effet indésirable	Évolution
Date de survenue _ _ _ _ _ _ _ _ Jour mois année	<input type="checkbox"/> Guérison <input type="checkbox"/> sans séquelle <input type="checkbox"/> avec séquelle(s), la(les)quelle(s) ?
Durée de l'effet _____	<input type="checkbox"/> En cours
Type de réaction indésirable :	<input type="checkbox"/> Sujet non encore rétabli
	<input type="checkbox"/> Décès en relation avec la prise du médicament <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnue
	Conséquences sur la vie quotidienne (arrêt de travail, impossibilité de sortir de chez soi, etc..) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Préciser :

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

.....
.....
.....
.....
.....