

**FORMULAIRE DE NOTIFICATION DE CAS DE MANIFESTATION  
POST-VACCINALE INDESIRABLE  
VACCINOVIGILANCE**

FI-V-24-01-CNPM

Wilaya :	<i>Etablissement public (CHU, EPH, EHS, EPSP) :</i> <i>Etablissement privé :</i>
Nom du Patient (3 premières lettres): Adresse du patient : Téléphone : Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de naissance :  __ __ __  Date de l'apparition de la MPVI :  __ __ __	Nom du Notificateur : Fonction : Téléphone et courriel : Adresse : Lieu de vaccination : Date de déclaration :  __ __ __

Vaccin administré							
Type du vaccin	Fabricant	Date & Heure de vaccination	Dose (1 <sup>ère</sup> , 2 <sup>ème</sup> , etc.)	Voie (ID-SC-IM-Orale)	Point d'injection (deltoïde, avant-bras, cuisse)	N° de lot	Date de péremption

Solvant administré					
Solvant		Fabricant	N° de lot	Date de péremption	Date et Heure de reconstitution
Du même vaccin	Autre solvant				

<b>Manifestation(s) post-vaccinale(s) indésirable(s)</b> <input type="checkbox"/> Réaction locale sévère <input type="checkbox"/> Convulsion <input type="checkbox"/> fébrile <input type="checkbox"/> non fébrile <input type="checkbox"/> Abscess au point d'injection <input type="checkbox"/> Lymphadénite due au BCG <input type="checkbox"/> Septicémie <input type="checkbox"/> Encéphalopathie <input type="checkbox"/> Encéphalite <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Paralyse	<input type="checkbox"/> Syndrome de choc toxique <input type="checkbox"/> Thrombocytopénie <input type="checkbox"/> Réaction anaphylactique <input type="checkbox"/> Fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> Hypotonie-Hyporéactivité <input type="checkbox"/> Arthralgie/Arthrite <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée sévère <input type="checkbox"/> Cris ou pleurs persistants <input type="checkbox"/> Autre(s) (précisez) .....
<input type="checkbox"/> <b>Traitement reçu de la MPVI</b> oui /non ; si oui lequel ? .....	
<input type="checkbox"/> <b>Hospitalisation</b> , oui /non ; si oui précisez le motif..... indiquer l'hôpital .....	
<b>Evolution :</b> <input type="checkbox"/> En voie de guérison <input type="checkbox"/> Guéri <input type="checkbox"/> Guéri avec des séquelles <input type="checkbox"/> Non guéri <input type="checkbox"/> Evolution inconnue <input type="checkbox"/> Décès, date du décès : __/__/__ Autopsie effectuée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnue	
Antécédents médicaux (y compris antécédents de réactions similaires ou autres allergies) :	
Prise concomitante de médicaments ou autre substance (préciser) :	