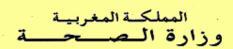
## ROYAUME DU MAROC ministère de la santé





## CENTRE MAROCAIN DE PHARMACOVIGILANCE

## Déclaration d'un Effet Indésirable Médicamenteux / Produits de Santé

Patient :	<b>Nom</b> (3 p	remières lettres):	. Préi	Prénom (première lettre) : Ville :			
	Date de naissance ://		(ou	(ou age :) Sexe : /_/ M /_/ F			
	Poids (kg):			Taille (cm):			
	Antécédents :						
Patient hospit	alisé à ca	use de l'effet indésir	able: /_	_/ oui /_	_/ non		
Médicament(s			<u>,                                      </u>				
Nom de la spéc et présentat		D.C.I. (Substance active)	Posologie et vo d'administration		,	Indications	
Eff.4(-) I 14-:	<b>b.</b> l (-)						
Effet(s) Indésira		ervé	Date de	Date de fin	<b>Evolution</b> (favorab	le, non encore rétabli	
		survenue	éventuelle	séquelle, décès, hospitalisation ou prolongation hospitalisation, inconnue)			
• Description of		clinique, chronologie des évér roubles en cas de réintroduc					
		d'hospitalisation ou de consul					
Déclarant : El	D <b>6</b> 1 . /	/3///1 · / /3/	/ /D :: .	/ /T.C /	10 6 11		
		_/ Médecin, // Pharmaci			/ Sage-femme, // /		
			<b>o</b> 1	Fait à	, le	./	
			<b>©</b> \$	Signature (et cac	chet) :		
				5	,		