



FICHE DE DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES DES MEDICAMENTS/VACCINS

PATIENT :

N° de la fiche :

Nom et prénom :	Age : Sexe : /M/ /F/	Adresse : Tel :	N° Dossier patient :
-----------------	-------------------------	--------------------	----------------------

MEDICAMENTS SUSPECTS AUTRES MEDICAMENTS ASSOCIES:

Nom de la spécialité et présentation	D.C.I. (substance active)	Posologie et voie d'administration	Début de prise	Date d'arrêt	indications

Prière de cocher en cas de : Automédication /__/

Pharmacodépendance /__/

Erreur thérapeutique /__/

VACCINS RECUS :

N° de lot :

Nombre de prise :

Vaccin suspect	Voie d'administration	Date de prise	Secteur privé	Secteur public	J.N.V ou Autres circonstances

T S V P →

EVENEMENTS INDESIRABLES :

Description de l'effet indésirable :			
.....			
Délai d'apparition : /_/_/ Heures /_/_/ Jours /_/_/ Mois			
Arrêt du médicament : /_/_/ Oui /_/_/ Non			
Traitement correcteur : /_/_/ Non /_/_/ Oui, lequel.....			
Réapparition après réadministration du médicament : Oui/_/_/ Non /_/_/			
Diagnostiques différentiels évoqués :			
.....			
Examens complémentaires effectués :			
Résultats :			
Antécédents et terrain du patient :			
Facteurs associés :			
Tabac	/_/_/	Exposition au soleil	/_/_/
Traitement chronique	/_/_/	Alcool	/_/_/
		Grossesse	/_/_/
Gravité :	Hospitalisation à la prolongation /_/_/	Séquelles	/_/_/
	Mise en jeu du pronostic vital /_/_/	Décès	/_/_/
Evolution			
Inconnue	/_/_/	Guérison avec séquelles	/_/_/
Guérison sans séquelles	/_/_/	Sujet non encore rétabli	/_/_/

Commentaires :

Observation relevée le : /_/_/____/ **par :** Médecin /_/_/ Dentiste /_/_/ Signature
Pharmacien /_/_/ Industrie/_/_/
Infirmier /_/_/ Autres