



FICHE DE NOTIFICATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES DES MEDICAMENTS ET VACCINS

1. PATIENT

1.1. IDENTIFICATION

Nom et prénom :	Date de naissance ou Age :	Profession :	Grossesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° dossier :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Si oui, préciser l'âge gestationnel :
Localité ou ville :	Poids (kg) : Taille (cm) :	Statut matrimonial :	
Téléphone :			

1.2. ANTECEDENTS MEDICAUX (DECRIRE) :

1.3. HABITUDES TOXIQUES : ☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Autres (préciser) :

2. MEDICAMENT(S) – VACCIN(S) PRIS PAR LE PATIENT (par ordre de suspicion décroissant)

Nom de spécialité ou DCI, dosage, forme, présentation	Posologie et voie d'administration	Numéro de lot	Date de péremption	Date de prise		Indication
				Début	Dernière prise	
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						

Modalités de dispensation et de prise : ☐ Prescription médicale ☐ Automédication ☐ Autres (précisez) :

Si VACCIN : ☐ 1^{re} dose ☐ 2^e dose ☐ 3^e dose **Lieu de vaccination :** **Heure de la vaccination :**

Nom du diluant : **Numéro de lot (diluant) :** **Péremption (diluant) :**

3. EVENEMENT(S) INDESIRABLE (S)

Description clinique et/ou para-clinique de l'évènement indésirable (EI) :

.....
.....

Date d'apparition de l'effet : ____ / ____ / ____

Conduite adoptée : ☐ Arrêt du médicament ☐ Réduction de la dose
☐ Traitement correcteur (préciser) : ☐ Hospitalisation (ou prolongation)

Evolution de l'évènement indésirable : ☐ Guéri ☐ Non encore guéri ☐ Séquelles ☐ Décès ☐ Inconnue

Ré administration du médicament : ☐ Oui ☐ Non Réapparition de l'évènement indésirable : ☐ Oui ☐ Non si oui décrivez :

4. NOTIFICATEUR

Nom et Prénom : Tél. Email Date notification

Qualification : ☐ Médecin (précisez la spécialité) ☐ Pharmacien ☐ Infirmier Autre :

Lieu d'exercice (précisez) : **Cachet et signature**