



Direction de la santé

NOTIFICATION D'EFFET(S) INDESIRABLE(S) SUSPECTE(S) D'ETRE LIES A UN/DES MEDICAMENT(S) OU VACCIN(S) A
USAGE HUMAIN - FORMULAIRE PATIENT

Patient Nom (première lettre) __ Prénom (première lettre) __ Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Poids ____(kg) Taille ____(m)	Date de naissance (Jour mois année) ___/___/_____ Ou Age ____ (ans) ____ (mois) à la <i>survenue de</i> <i>l'évènement</i>	Patiente enceinte ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, mois prévu de l'accouchement ? ___/____ (mois / année) Patiente allaitante ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Allergies connues Dépendances (ex : tabac, médicaments, alcool, drogues,...)	
Maladies actuelles, antécédents médicaux ou chirurgicaux				
Effet(s) indésirable(s) Description général du (des) effet(s) indésirable(s) ressenti(s) <i>Veillez décrire l'effet observé en détail. Précisez si l'effet constaté est l'aggravation d'une maladie existante. Si des examens complémentaires ont été effectués, précisez lesquels et donnez-en les résultats. Vous pouvez également inclure si possible un rapport d'hospitalisation ou d'examens complémentaires (anonymisés).</i> <input type="checkbox"/> a provoqué ou prolongé une hospitalisation				
Détail du (des) effet(s) indésirable(s) ressenti(s) : <i>(Ajoutez des lignes si nécessaire)</i>				
Effet	début et fin	Evolution	Traitement de l'effet indésirable	Si oui, précisez
1.	Du ___/___/____ au ___/___/____	<input type="checkbox"/> Pas d'amélioration <input type="checkbox"/> Amélioration en cours <input type="checkbox"/> Guérison sans séquelles <input type="checkbox"/> Guéri avec séquelles <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu	
2.	Du ___/___/____ au ___/___/____	<input type="checkbox"/> Pas d'amélioration <input type="checkbox"/> Amélioration en cours <input type="checkbox"/> Guérison sans séquelles <input type="checkbox"/> Guéri avec séquelles <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu	
3.	Du ___/___/____ au ___/___/____	<input type="checkbox"/> Pas d'amélioration <input type="checkbox"/> Amélioration en cours <input type="checkbox"/> Guérison sans séquelles <input type="checkbox"/> Guéri avec séquelles <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu	



Direction de la santé

Médicament(s) ou vaccin(s)

Veillez noter ci-dessous (en MAJUSCULES) si possible, tous les médicaments ou vaccins que vous avez pris au moment de l'effet indésirable ou quelque temps avant son apparition (y compris les médicaments utilisés pour les maladies chroniques et les médicaments en délivrance libre). Précisez également si vous prenez un contraceptif hormonal (pilule).

IMPORTANT! Veillez cocher le(s) médicament(s) ou vaccin(s) que vous suspectez d'avoir provoqué l'effet.

Nom commercial du médicament ou vaccin et n° de lot (si disponible)	Suspecté dans la survenue de l'effet indésirable	Dosage (dose et fréquence)	Date de début du traitement	Date de fin du traitement	Raison du traitement
1.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans avis		(jour/mois/année) __/__/____	(jour/mois/année) __/__/____ <input type="checkbox"/> Encore en cours	
2.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans avis		(jour/mois/année) __/__/____	(jour/mois/année) __/__/____ <input type="checkbox"/> Encore en cours	
3.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans avis		(jour/mois/année) __/__/____	(jour/mois/année) __/__/____ <input type="checkbox"/> Encore en cours	
4.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans avis		(jour/mois/année) __/__/____	(jour/mois/année) __/__/____ <input type="checkbox"/> Encore en cours	

Coordonnées de contact du déclarant

Vos coordonnées permettront éventuellement de vous recontacter afin d'obtenir des compléments sur le(s) événement(s) que vous déclarez et de vous envoyer l'accusé de réception de votre déclaration.

Nom _____ Prénom _____

Je préfère être contacté par :

courriel _____

téléphone (précisez également l'indicatif pays) _____

Voie postale Rue, numéro : _____

Ville, code postal : _____

Pays : _____

Le médecin traitant le patient peut également être contacté pour de plus amples information concernant ce cas

Coordonnées du médecin traitant le patient:

Nom _____ Prénom _____

Contact (courriel ou téléphone): _____

Coordonnées pour la déclaration:

Vous pouvez déclarer aux coordonnées ci-après:

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy

E-mail : crpv@chru-nancy.fr

Tél : +33 3.83.65.60.85 / 87

Fax : +33 3.83.65.61.33

Adresse physique:

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy

Bâtiment de Biologie Moléculaire et de Biopathologie (BBB)

CHRU de Nancy - Hôpitaux de Brabois

Rue du Morvan

54 511 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX, France

ou

Division de la pharmacie et des médicaments

E-mail : pharmacovigilance@ms.etat.lu

Tél : +352 247 85592

Adresse physique:

Division de la pharmacie et des médicaments

Direction de la Santé

20, rue de Bitbourg

L-1273 Luxembourg