

DECLARATION D'EVENEMENT(S) INDESIRABLE(S) LIE(S) A UN PRODUIT DE SANTE FICHE PATIENT

Afin de recueillir les événements indésirables susceptibles d'être dus à un produit de santé et de recouper les données recueillies par notre association à celles de l'Afssaps, autorisez-vous l'Association ANDAR à transmettre à l'Afssaps l'ensemble des informations vous concernant.

OUI NON

Par ailleurs, autorisez-vous l'Afssaps à prendre contact avec votre professionnel de santé.

OUI NON

NB : Un événement indésirable est défini comme toute manifestation nocive et non recherchée survenant chez une personne pendant un traitement, qu'elle soit considérée ou non comme liée à un ou des médicament(s).

1 COORDONNEES DE LA PERSONNE AYANT PRESENTE L'EVENEMENT INDESIRABLE

Nom : Prénom :
(Complet ou 1ère lettre) (Complet ou 1ère lettre)

E-mail :@.....

Date de naissance* : |_|_|_|_|_|_|_|_| Jour-Mois-Année Age : |_|_|_|_| an(s) Sexe : M F

Adresse :

Code Postal* : |_|_|_|_|_|_| Commune :

* Champ obligatoire

2 COORDONNEES DU DECLARANT (si différent de la personne ayant présenté l'événement indésirable)

Nom : Prénom :
(Complet ou 1ère lettre) (Complet ou 1ère lettre)

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_|_| Commune :

3 MEDICAMENT(S) OU PRODUIT(S) DE SANTE SUSPECTE(S) OU NON

Produits de santé ¹	N° lot du produit	Mode d'utilisation (voie nasale, application sur la peau...)	Dose utilisée /jour	Date de début d'utilisation	Date de fin d'utilisation	Motif de l'utilisation

¹ Si vous utilisez plus de 5 produits de santé, vous pouvez continuer cette liste sur une feuille annexe.

4

EVENEMENT(S) INDESIRABLE(S)

Date d'apparition : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (correspond à la date des 1ers symptômes)

Délai d'apparition par rapport à :

la 1^{ère} utilisation :secondes / minutes / heure(s) / jour(s) / mois / an(s)
(Barrer les mentions inutiles)ou la dernière utilisation : secondes / minutes / heure(s) / jour(s) / mois / an(s)
(Barrer les mentions inutiles)

Evolution de l'événement indésirable:

Guérison sans séquelle

Guérison avec séquelles

Non encore rétabli

Décès

Avez- vous reçu un traitement pour l'événement indésirable ?

OUI

NON

Description de l'événement indésirable et de son évolution :

Conséquences sur la vie quotidienne (arrêt de travail, impossibilité de sortir de chez soi,...) :

NON

OUI ; préciser :

5

COORDONNEES DU MEDECIN QUI A CONSTATE L'EVENEMENT INDESIRABLE OU DE VOTRE MEDECIN-TRAITANT OU DE TOUT AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE (facultatif)
DE TOUT AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTENom : Prénom :
(Comple) (Comple)

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_| Commune :

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Qualification : Généraliste Spécialiste (précisez) :

6

NOTIFICATION(S) AUTRE(S)

L'événement indésirable a-t-il été signalé par vous ou un professionnel de santé à l'une des structures suivantes :

Afssaps

Laboratoire fabricant

Centre régional de Pharmacovigilance

Autre(s) structure(s): préciser