

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)Nom : Prénom :
(Complet) (Complet)

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