



NOTIFICATION D'EFFET(S) INDESIRABLE(S) SUSPECTE(S) D'ETRE LIES A UN/DES MEDICAMENT(S) A USAGE HUMAIN-
FORMULAIRE PROFESSIONNEL DE SANTE (alternative au PDF interactif)

La notice informative sur la protection des données, qui explique comment les données personnelles sont traitées dans le cadre des déclarations de pharmacovigilance, peut être consultée en ligne sur www.guichet.lu/pharmacovigilance

Patient Nom (3 premières lettres) _____ 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 date de survenue de l'évènement	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
Maladies actuelles, antécédents médicaux ou chirurgicaux			
Autres : <input type="checkbox"/> Consommation d'alcool <input type="checkbox"/> Consommation de tabac <input type="checkbox"/> Consommation de drogues <input type="checkbox"/> Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Implants <input type="checkbox"/> Contraception hormonale			
Effet(s) indésirable(s) Description général du (des) effet(s) indésirable(s) ressenti(s) <i>Veuillez décrire l'effet ressenti 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>			
Gravité des effets indésirables : (Cochez plusieurs cases si applicable) <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> Hospitalisation / prolongation d'une hospitalisation <input type="checkbox"/> A provoqué/prolongé une incapacité importante ou durable <input type="checkbox"/> Anomalie ou malformation congénitale <input type="checkbox"/> Autre effet médicalement important <input type="checkbox"/> Non-grave			



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"/> Guérison 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"/> Guérison 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"/> Guérison avec séquelles <input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Inconnu		
Disparition des effet(s) indésirable(s) à l'arrêt du médicament <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non applicable Réapparition des effet(s) indésirable(s) à la reprise du médicament <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non applicable					
Médicament(s) <i>Veillez noter ci-dessous (en MAJUSCULES) si possible, tous les médicaments pris au moment de l'effet indésirable ou quelque temps avant son apparition (y compris des vaccins, les médicaments utilisés pour les maladies chroniques et les médicaments en délivrance libre). Précisez également s'il y a utilisation d'un contraceptif hormonal.</i> IMPORTANT! Veillez cocher le(s) médicament(s) suspecté(s) d'avoir provoqué l'effet.					
Nom commercial du médicament et n° de lot (si disponible)	Suspecté dans la survenue de l'effet indésirable	Posologie et voie d'administration	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		<i>(jour/mois/année)</i> __/__/__	<i>(jour/mois/année)</i> __/__/__ <input type="checkbox"/> Encore en cours	
2.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans avis		<i>(jour/mois/année)</i> __/__/__	<i>(jour/mois/année)</i> __/__/__ <input type="checkbox"/> Encore en cours	
3.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans avis		<i>(jour/mois/année)</i> __/__/__	<i>(jour/mois/année)</i> __/__/__ <input type="checkbox"/> Encore en cours	
4.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sans avis		<i>(jour/mois/année)</i> __/__/__	<i>(jour/mois/année)</i> __/__/__ <input type="checkbox"/> Encore en cours	
Y a-t-il eu modification du dosage du/des médicament(s) suspecté(s) <input type="checkbox"/> Dose modifiée Nouvelle dose : _____ depuis le __/__/__ pour le médicament : _____ <input type="checkbox"/> Dose inchangée <input type="checkbox"/> Non connu <input type="checkbox"/> Pas d'application					
Par rapport au(x) médicament(s) suspecté(s), y a-t-il eu selon vous <input type="checkbox"/> Abus <input type="checkbox"/> Erreur médicamenteuse <input type="checkbox"/> Mésusage <input type="checkbox"/> Surdosage <input type="checkbox"/> Exposition professionnelle au médicament					



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 : _____

Qualification : _____

Je préfère être contacté par :

Courriel _____

Téléphone (précisez également l'indicatif pays) _____

Voie postale Rue, numéro : _____

Ville, code postal : _____

Pays : _____

Coordonnées pour la déclaration:

Vous pouvez déclarer aux coordonnées ci-après:

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy

ou

Division de la Pharmacie et des Médicaments

E-mail : crpv@chru-nancy.fr

E-mail : pharmacovigilance@ms.etat.lu

Tél : +33 3.83.65.60.85

Tél : +352 247 85592

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

Adresse physique:

Division de la pharmacie et des médicaments
Direction de la Santé
2a, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen