



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

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 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)

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'examen complémentaires (anonymisés).

a provoqué ou prolongé une hospitalisation



Détail du (des) effet(s) indésirable(s) ressenti(s) : (Ajoutez des lignes si nécessaire)				
Effet	Début et fin	Evolution	Traitement de l'effet	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	

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

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