

Formulaire de déclaration de réaction secondaire suspectée – Pharma Nord

1. INFORMATION PATIENT

NOM (ou initiales)	DATE DE NAISSANCE (ou âge)	SEXE	PAYS	COORDONNÉES

2. INFORMATION SUR LES MANIFESTATIONS

DATE(S) DE(S) REACTION(S)	DESCRIPTION DE LA (S) REACTION(S) (toutes informations pertinentes détaillant les symptômes, des tests,...)	A VERIFIER SI APPROPRIE
		<input type="checkbox"/> pas de surveillance médicale <input type="checkbox"/> hospitalisation induite ou prolongée <input type="checkbox"/> handicap induit, persistant ou significatif <input type="checkbox"/> patient en danger de mort <input type="checkbox"/> patient décédé

3. INFORMATION SUR LE PRODUIT SUSPECTE

PRODUIT SUSPECTE (n° de lot)	DOSAGE QUOTIDIEN	MOTIF DE L'UTILISATION	DATE(S) DE PRISE (début, arrêt, nouvelle. prise, etc...)

LES REACTIONS ONT-ELLES CESSÉ APRÈS L'ARRÊT DE LA PRISE DU PRODUIT ?	LES REACTIONS SONT-ELLES REAPPARUES APRES AVOIR REDEMARRE LA PRISE DU/DES PRODUITS ?
<input type="checkbox"/> OUI – si oui, en combien de temps après: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> PRODUIT TOUJOURS UTILISE	<input type="checkbox"/> OUI – si oui, combien de temps après: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> PRODUIT(S) NON REPRIS

4. PRISE CONCOMITANTE DE MEDICAMENTS ET HISTORIQUE MEDICAL

MEDICAMENTS, EXTRAITS VEGETAUX ET COMPLEMENTS UTILISES (raison de leur prise, dosage, dates des prise)	HISTORIQUE MEDICAL PERTINENT (maladies, opérations, allergies, etc...)

5. INFORMATION GENERALE

DATE DU PRESENT RAPPORT	ORIGINE DU RAPPORT	NOM & ADRESSE DE LA PERSONNE TRANSMETTANT LE RAPPORT A PHARMA NORD
	<input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL DE SANTE <input type="checkbox"/> PATIENT <input type="checkbox"/> PUBLICATION <input type="checkbox"/> ETUDE CLINIQUE <input type="checkbox"/> AUTRE – préciser:	
TYPE DE RAPPORT <input type="checkbox"/> INITIAL <input type="checkbox"/> DE SUIVI		