

Date : Heure : Fiche N° :

Patient : Informations personnelles

Nom et Prénom :		Antécédents médicaux :
Age :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Poids :	Grossesse : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Ville :	Tél :	

Evénement (s) indésirable(s) :

Description :	
Date d'apparition :/...../..... si non délai d'apparition après la prise :	
Conduite adoptée : Arrêt du médicament : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Réduction de la dose : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Traitement correcteur :	Evolution : Favorable : <input type="checkbox"/> Sujet non encore établi <input type="checkbox"/> Séquelles : <input type="checkbox"/> Inconnue : <input type="checkbox"/> Décès : <input type="checkbox"/>

Médicament et produit de santé suspecté :

Nom, Dosage, Présentation	N° de lot	Voie d'administration	Dose utilisée	Durée du traitement (Date de début-Date d'arrêt)	Modalités de dispensation et de prise	Indication

Professionnel de santé (Notificateur) :

Nom et Prénom :				Ville :	
Tél :			Email :		
<input type="checkbox"/> Médecin (spécialité) :	<input type="checkbox"/> Pharmacien	<input type="checkbox"/> Dentiste	<input type="checkbox"/> Infirmier	<input type="checkbox"/> Autre:	
Lieu d'exercice :	<input type="checkbox"/> CHU	<input type="checkbox"/> Public	<input type="checkbox"/> Privé		
Cachet et signature :					