

Aide à la déclaration : Modèle de formulaire

Ce modèle vous permet de préparer LA SAISIE EN LIGNE de votre déclaration.

Vous êtes : USAGER

Vous souhaitez déclarer : PHARMACOVIGILANCE

Vos informations personnelles

Nom	
Prénom	
Téléphone	
Adresse électronique	
Adresse postale	
Code postal / Commune	
Êtes vous la personne ayant présenté les symptômes ?	

Informations sur la personne qui présente ou a présenté l'effet indésirable

Nom (seulement les 3 premières lettres)	
Prénom (1ère lettre seulement)	
E-mail	
Téléphone	
Adresse	
Code postal / Département	
Commune	
Sexe	
Date de naissance	
Antécédents médicaux	
Poids (réel ou estimé)	
Taille (réelle ou estimée)	
Grossesse	

Indiquez la période d'exposition	
Si la personne qui a pris le médicament est différente de celle qui présente l'effet indésirable : indiquez le lien de parenté (mère, père, grand-mère...) et le contexte de l'exposition	
Lien de parenté	
Précisez	
A quel moment de la grossesse ?	
Avez-vous eu la Covid-19?	
Avez-vous été testé?	
Date du test	
Médicament / vaccin concerné	
Est-ce qu'il s'agit d'un vaccin ?	
Nom du médicament	
Nom du vaccin	
N° de lot	
N° de lot	
Joindre un document	
Voie d'administration du médicament	
Posologie	
Voie d'administration du vaccin	
Si autre, veuillez préciser	
Injection concernée	
Date d'injection	
Site d'injection	
Si vous prenez des médicaments ou des produits habituellement, mentionnez-le dans « Autres médicaments ou produits ».	
Début d'utilisation du médicament	
Fin d'utilisation du médicament	
Durée	
Motif de l'utilisation du médicament	
Si vous prenez des médicaments ou des produits habituellement, mentionnez-le dans « Autres médicaments ou produits ».	
Autres médicaments ou produits	

Indiquez si vous prenez d'autres médicaments ou produits habituellement. Pour ajouter un médicament ou un produit, cliquez sur le +

Nom du ou des médicament(s)

Nom du ou des produit(s)

Description de l'effet 1

Description de l'effet

Date de survenue

Si l'effet indésirable est immédiat, préciser le délai

Evolution

Date de guérison

Durée de l'effet jusqu'à la guérison

Si l'évènement a généré d'autres effets indésirables, cliquez sur « Ajouter un effet »

Conséquences de l'évènement indésirable

Autres informations

Prise en charge

Service d'hospitalisation

Durée de l'hospitalisation

Précisez

Durée d'hospitalisation

Gravité

Coordonnées de contact du professionnel de santé

Veillez saisir les coordonnées d'un professionnel de santé qui pourra donner des informations sur votre état de santé au professionnel de santé qui va recevoir votre déclaration.

Nom

Prénom

Courriel

Téléphone

Adresse

Code postal / Commune

Autres informations

Joindre un document (fichier, photographie... de type Png, Jpeg ou Pdf - maximum 10 Mo) :

Ce modèle vous permet de préparer LA SAISIE EN LIGNE de votre déclaration.