**FICHE DE DECLARATION D’UN EVENEMENT INDESIRABLE**

*Les informations recueillies seront, dans le respect du secret médical, communiquées au Centre National de Pharmacovigilance et à la Direction du Médicament de la Pharmacie, conformément à la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l’égard du traitement des données à caractère personnel.* ***L’IPM veillera à préserver la confidentialité des données mentionnées sur cette déclaration.***

DECLARATION A ADRESSER A LA CELLULE DE PHARMACOVIGILANCE/PERSONNEL D’ACCUEILDE L’IPM OU ENVOYER PAR

**Fax :** +212 522 260 657

**Email :** pharmacovigilance@pasteur.ma

T

**N° de la fiche :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Patient :**  **Nom (3 premières lettres)** /\_\_//\_\_//\_\_/  **Prénom (3 premières lettres)** /\_\_//\_\_//\_\_/  **Sexe** /\_\_/ **F** /\_\_/ **M**  **Poids** /\_\_\_ / **kg Taille** /\_\_\_ / **m**  **Date de naissance  -- /-- / ---- ou**  **Age** /\_\_\_\_ / **ans** | **Service hospitalier dans lequel le produit a été administré** | **Identification et coordonnées du professionnel de santé ou du notificateur** |
| **Antécédent du patient / Facteurs ayant pu favoriser la survenue de l’effet indésirable :** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la spécialité et présentation** | **N° de lot** | **Date d’expiration** | **Posologie** | **Date de début de prise** | **Si arrêt, date de fin de prise** | **Indications** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gravité :**  **Hospitalisation**  **Incapacité ou invalidité permanente**  **Mise en jeu du pronostic vital**  **Décès**  **Anomalie ou malformation congénitale**  **Autre situation médicale grave**  **Non grave** | **Evolution :**  **Prolongation de l’hospitalisation**  **Guérison**  **Sans séquelle**  **Avec séquelle**  **Sujet non encore rétabli**  **Décès**  **Inconnue** |

|  |
| --- |
| **Si vaccin :**  Voie d’administration : /\_\_/ **IM** /\_\_/ **SC** /\_\_/ **ID** /\_\_/ **Inconnu**  Site d’administration : /\_\_/ **Bras gauche** /\_\_/ **Bras gauche** /\_\_/ **Inconnu**  Protocole d’administration : |

|  |
| --- |
| **Description de l’effet indésirable :**  Bien préciser la chronologie et l’évolution des troubles cliniques et biologiques avec les dates, par exemple :   * Après la survenue de l’effet indésirable, si un (ou plusieurs) médicaments ont été arrêtés (préciser lesquels) * S’il y a eu disparition de l’effet après arrêt du (ou des) médicaments (préciser lesquels) * Si un (ou plusieurs) médicaments ont été réintroduit(s) (précisez lesquels) avec l’évolution de l’effet indésirable)   *Joindre une copie des pièces médicales disponibles (résultats d’examens biologiques, comptes rendus d’hospitalisations* |