



Centre Marocain de pharmacovigilance

www.sante.gov.ma

DECLARATION D'UN EFFET INDESIRABLE MEDICAMENTEUX/ PRODUITS DE SANTE

PATIENT : Nom (3 premières lettres)..... Prénom (première lettre)..... Ville.....

Date de Naissance ou age : Sexe /-/ M /-/ F

Poids (kg) : Taille (cm) : Antécédents :

Patient hospitalisé à cause de l'effet indésirable : /-/ oui /-/ non

MEDICAMENT(S), suspects ou non

| Dénomination | Posologie/voie | Date de début de prise | Si arrêt, date de fin de prise | Motif de prescription |
|--------------|----------------|------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EFFET(S) INDESIRABLE(S)

| EFFET(s) indésirable(s) observé | Date de survenue | Date de fin éventuelle | Evolution (favorable, non encore rétabli séquelle, décès, hospitalisation ou prolongation hospitalisation, inconnue) |
|---------------------------------|------------------|------------------------|---|
| | | | |

Description du cas : clinique, chronologie des événements, traitement correcteur éventuel, diagnostics différentiels éliminés, récurrence des troubles en cas de réintroduction du médicament apparenté, ... le cas échéant, merci de joindre tout compte-rendu d'hospitalisation ou de consultation et/ou tout bilan biologique en rapport avec l'effet suspecté.

Profil déclarant : (Médecin, Pharmacien, dentiste , infirmier , sage-femme)

email..... Téléphone :

Fait à, le

Signature :