



CENTRE MAROCAIN DE PHARMACOVIGILANCE

Déclaration d'un Effet Indésirable Médicamenteux / Produits de Santé

- **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

- **Médicament(s), suspects ou non :**

Nom de la spécialité et présentation	D.C.I. (Substance active)	Posologie et voie d'administration	Date de début de prise	Si arrêt, date de fin de prise	Indications

- **Effet(s) Indésirable(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.

- **Déclarant :** Profil : /_/ Médecin, /_/ Pharmacien, /_/ Dentiste, /_/ Infirmier, /_/ Sage-femme, /_/ Autre

E-mail :

Téléphone :

Fait à, le/...../.....

Signature (et cachet) :