

Laboratoires GALPHARMA

Adresse : Immeuble les Entrepreneurs les, Jardins de Carthage,

Tunis, 1053

E-mails : QPPV@galpharma.tn

Coordonnées : (+ 216) 98 171 837

FICHE DE PRESOMPTION D'EFFETS INDESIRABLES DES MEDICAMENTS

Date du premier reporting ou date de réception du cas PV : _____

NB : La date du premier reporting est importante, veuillez s'il vous plaît la remplir ainsi que préciser votre identité dans le tableau ci-dessous :

NOTIFICATEUR :

Nom	Qualification/spécialité	Tél	Courriel

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Initiales	Sexe	Date de naissance	Tél	E-mail	Poids	Taille

DIAGNOSTIC RETENU :

MEDICAMENTS PRESCRITS EN RELATION AVEC L'ORDONNANCE :

Médicament(s)	Voie d'administration	Posologie	Début d'administration	Fin * d'administration	Indication
1					
2					
3					
4					
5					
6					

MEDICAMENTS CONCOMITANTS :

Médicament(s)	Voie d'administration	Posologie	Début d'administration	Fin * d'administration	Indication
1					
2					
3					
4					
5					
6					

ANTECEDENTS DU PATIENT :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Autres à spécifier :

DEVANT L'APPARITION DE L'EFFET INDESIRABLE, QUELLE ETAIT LA CONDUITE A TENIR CONCERNANT LE MEDICAMENT SUSPECT ?

Arrêt du médicament

Diminution de posologie

Traitement symptomatique

Autre à spécifier :

EN CAS D'ARRET DU MEDICAMENT SUSPECT, VEUILLEZ S'IL VOUS PLAIT PRECISER S'IL YA EU UNE REINTRODUCTION DU MEDICAMENT SUSPECT ?

Oui

Non

Inconnu

EN CAS DE REINTRODUCTION DU MEDICAMENT SUSPECT, VEUILLEZ S'IL VOUS PLAIT PRECISER S'IL YA EU UNE REAPPARITION DE L'EFFET INDESIRABLE ?

Oui

Non

Inconnu

SI LE PATIENT EST UN NOUVEAU NE, VEUILLEZ S'IL VOUS PLAIT PRECISER SI LE MEDICAMENT A ETE PRIS :

Par lui même :

Par sa mère : préciser **le trimestre de grossesse**

Pendant l'allaitement :

INFORMATIONS A COMPLETER EN CAS DE GROSSESSE :

Age actuel de la grossesse

Si échographie déjà faite, en préciser la date et les résultats : Vous pouvez nous joindre les analyses effectuées par mail à l'adresse : QPPV@galpharma.tn

Particularités de la grossesse actuelle

Suivi :

Issue de la grossesse :			
Avortement spontané			Date :/...../.....
Avortement provoqué			Date :/...../.....
Grossesse arrêtée			Date :/...../.....
Accouchement	Voie basse		Date : /...../.....
	Césarienne		
	Remarques :		
Nouveau-né			
Terme :			
Apgar :	Poids à la naissance :	Taille à la naissance :	Périmètre crânien
Développement psychomoteur			
Age de la marche :			Age de la parole :
Déficit psychomoteur :	Oui		Si oui préciser :
Non			
Si malformations préciser les détails (explorations) :			