

## DECLARATION D'EVENEMENT(S) INDESIRABLE(S) LIE(S) A UN PRODUIT DE SANTE FICHE PATIENT

Afin de recueillir les événements indésirables susceptibles d'être dus à un produit de santé et de recouper les données recueillies par notre association avec celles de l'Afssaps, autorisez-vous l'**Association d'Aide Aux Victimes des Accidents médicamenteux (AAA-VAM)** à transmettre à l'Afssaps l'ensemble des informations vous concernant.

OUI       NON

Par ailleurs, autorisez-vous l'Afssaps à prendre contact avec votre professionnel de santé.

OUI       NON

NB : Un événement indésirable est défini comme toute manifestation nocive et non recherchée survenant chez une personne pendant un traitement, qu'elle soit considérée ou non comme liée à un ou des médicament(s).

### 1 COORDONNEES DE LA PERSONNE AYANT PRESENTE L'EVENEMENT INDESIRABLE

Nom : .....  
(Complet ou 1ère lettre)

Prénom : .....  
(Complet ou 1ère lettre)

E-mail : .....@.....

Date de naissance\* : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Jour-Mois-Année      Age : |\_|\_|\_| an(s)      Sexe :  M  F

Adresse : .....

Code Postal\* : |\_|\_|\_|\_|\_|      Commune .....

\* Champ obligatoire

### 2 COORDONNEES DU DECLARANT (si différent de la personne ayant présenté l'événement indésirable)

Nom : .....  
(Complet ou 1ère lettre)

Prénom : .....  
(Complet ou 1ère lettre)

Adresse : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_|      Commune : .....

### 3 MEDICAMENT(S) OU PRODUIT(S) DE SANTE SUSPECTE(S) OU NON

Produits de santé <sup>1</sup>	N° lot du produit	Mode d'utilisation (voie nasale, application sur la peau...)	Dose utilisée /jour	Date de début d'utilisation	Date de fin d'utilisation	Motif de l'utilisation

<sup>1</sup> Si vous utilisez plus de 5 produits de santé, vous pouvez continuer cette liste sur une feuille annexe.

**4****EVENEMENT(S) INDESIRABLE(S)**

Date d'apparition : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (correspond à la date des 1ers symptômes)

Délai d'apparition par rapport à :

la 1<sup>ère</sup> utilisation : .....secondes / minutes / heure(s) / jour(s) / mois / an(s)  
(Barrer les mentions inutiles)ou la dernière utilisation : .....secondes / minutes / heure(s) / jour(s) / mois / an(s)  
(Barrer les mentions inutiles)

Evolution de l'événement indésirable:

 Guérison sans séquelle     Guérison avec séquelles     Non encore rétabli(e)     Décès

Avez- vous reçu un traitement pour l'événement indésirable ?

 OUI     NON**Description de l'événement indésirable et de son évolution :**

.....

Conséquences sur la vie quotidienne (arrêt de travail, impossibilité de sortir de chez soi,...) :

 NON     OUI ; préciser : .....**5****COORDONNEES DU MEDECIN QUI A CONSTATE L'EVENEMENT INDESIRABLE OU DE VOTRE MEDECIN-TRAITANT OU DE TOUT AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE (facultatif)**Nom : .....  
(Complet)Prénom : .....  
(Complet)

Adresse : .....

Code Postal : |\_|\_|\_|\_|\_|    Commune : .....

Tél. : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|    Fax : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Qualification :  Généraliste     Spécialiste (précisez) : .....**6****NOTIFICATION(S) AUTRE(S)**

L'événement indésirable a-t-il été signalé par vous ou un professionnel de santé à l'une des structures suivantes :

 Afssaps     Laboratoire fabricant  
 Centre régional de Pharmacovigilance     Autre(s) structure(s): préciser .....