

1. Coordonnées du déclarant			<input type="checkbox"/> Rapport initial	<input type="checkbox"/> Suivi
Nom du déclarant :		Courriel :		
Adresse :		Téléphone :		
		Télécopieur :		
Type :	<input type="checkbox"/> Médecin (spécialité) :	<input type="checkbox"/> Patient ou professionnel non médical :		
	<input type="checkbox"/> Pharmacien :	<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) :		
Si le déclarant est un patient, a-t-il informé son médecin de l'exposition ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Le patient vous a-t-il donné l'autorisation de contacter son professionnel de la santé ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si oui, veuillez fournir les coordonnées du professionnel de la santé :				
Nom :		Type :	Téléphone :	
Adresse :			Courriel :	

2. Informations sur le patient			
Date de naissance (Jour/mois/année)	Âge Année/mois	Taille cm	Poids kg

3. Section sur les médicaments de l'entreprise									
	Nom	Teneur	Dose	Voie d'administration	Indication	Traitement Date de début (jour/mois/année)	Traitement Date de fin (jour/mois/année)	# Lot	Date d'expiration
1.									
2.									
3.									

4. Information sur l'effet indésirable					
Effet indésirable	Date de début (jour/mois/année)	Date de fin (jour/mois/année)	Hospitalisation	Résultats	Cause de l'événement
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, indiquez les dates d'hospitalisation</i>	<input type="checkbox"/> Rétabli/Résolu <input type="checkbox"/> Rétabli/Résolu avec séquelles <input type="checkbox"/> En rétablissement/ En cours de résolution <input type="checkbox"/> Non rétabli/Non résolu <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Reliée <input type="checkbox"/> Non reliée <input type="checkbox"/> Inconnue
Foyer infectieux					
<input type="checkbox"/> Os	<input type="checkbox"/> Appareil génito-urinaire		<input type="checkbox"/> Prostate		
<input type="checkbox"/> Sang	<input type="checkbox"/> Système hépatobiliaire		<input type="checkbox"/> Système respiratoire		
<input type="checkbox"/> Système cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> ORL		<input type="checkbox"/> Peau		
<input type="checkbox"/> SNC	<input type="checkbox"/> Jointure		<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez)		
<input type="checkbox"/> Appareil digestif	<input type="checkbox"/> Rein				

Confidentiel

5. L'infection a-t-elle entraîné des complications?

Si oui, fournir les détails.

6. Traitement

Traitement prodigué pour l'événement :

Mesures prises par l'entreprise en réponse à l'événement :

7. Tests diagnostiques

Biopsies	Oui/Non	Date :	Lieu :	Conclusions :		
Cultures :	Oui/Non	Date :	Lieu :	Conclusions :		
Études radiographiques :	Oui/Non	Date :	Lieu :	Conclusions :		
Analyse Liquide céphalo-rachidien (LCR) :	Oui/Non	Date :	Numérotation cellulaire :	Culture :	Coloration :	PCR :

Cytologie :

Autres résultats de tests diagnostiques (par exemple, formule sanguine complète) :

8. Médicaments et thérapies concomitantes

9. Antécédents médicaux

Conditions concomitantes du patient, antécédents médicaux pertinents, facteurs de risque connus, tests pertinents, données de laboratoire. (Inclure l'information sur les troubles héréditaires, les facteurs de risque connus ou les conditions susceptibles d'affecter l'issue de la grossesse dont, par exemple la consommation d'alcool, de tabac ou d'autres substances, l'hypertension, l'éclampsie, le diabète y compris le diabète gestationnel, les infections durant la grossesse, toute exposition environnementale ou professionnelle pouvant constituer un facteur de risque)

10. Formulaire complété par

Nom :	Signature :	Date (jour/mois/année)
-------	-------------	------------------------