

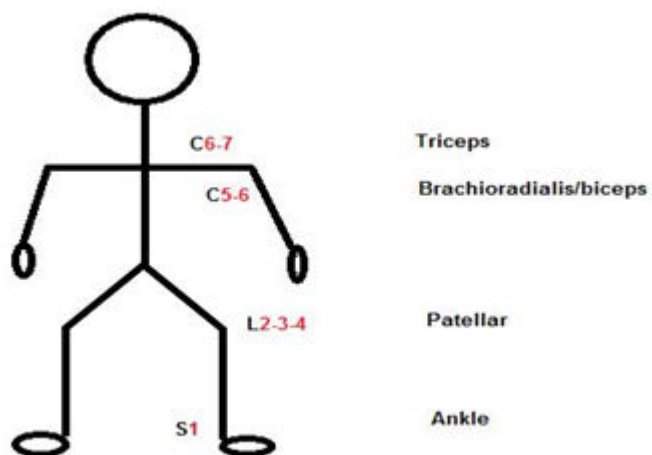
1. Coordonnées du déclarant			<input type="checkbox"/> Rapport initial	<input type="checkbox"/> Suivi
Nom du déclarant :		Courriel :		
Adresse :		Téléphone :		
		Télécopieur :		
Type :	<input type="checkbox"/> Médecin (spécialité) :	<input type="checkbox"/> Infirmière :		
	<input type="checkbox"/> Pharmacien :	<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. Détails sur le produit soupçonné									
	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. Évaluation de la neuropathie périphérique	
Symptômes :	
<input type="checkbox"/> Perte de sensation	<input type="checkbox"/> Picotements
<input type="checkbox"/> Lancination (douleur qui se manifeste par des élancements aigus)	<input type="checkbox"/> Faiblesse musculaire
<input type="checkbox"/> Manque de coordination	<input type="checkbox"/> Engourdissement
<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Sensation de brûlure
Autres symptômes pertinents :	

EXAMEN DU SYSTÈME NERVEUX		
Réflexes ostéotendineux	Droit	Gauche
Biceps		
Triceps		
Muscle brachio-radial		
Réflexe patellaire		
Réflexe achilléen		
Autres réflexes	Droit	Gauche
Réflexe cutané plantaire		
Réflexes superficiels		
Nerfs crâniens		



5. Résultats des examens			
	Date (jour/mois/année)	Résultats	Valeurs de référence
Étude de la conduction nerveuse			
Résultats d'autres tests pertinents			

6. Antécédents médicaux	
Conditions concomitantes du patient, antécédents médicaux pertinents, facteurs de risque connus, tests pertinents, données de laboratoire	
<input type="checkbox"/> Maladie virale	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Maladie auto-immune	<input type="checkbox"/> Troubles rénaux
<input type="checkbox"/> Troubles hépatiques	<input type="checkbox"/> Troubles vasculaires et sanguins
<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> Convulsions
<input type="checkbox"/> Lésion nerveuse	<input type="checkbox"/> Exposition à un produit toxique
<input type="checkbox"/> Anesthésie/chirurgie	<input type="checkbox"/> Toxicomanie
<input type="checkbox"/> Blessures/traumatismes	<input type="checkbox"/> Consommation d'alcool : verre(s)/jour
Autres antécédents médicaux pertinents :	
Facteurs de risque :	

7. Traitement
Traitement prodigué pour la neuropathie périphérique :

8. Détails des autres effets indésirables					
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
			<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
			<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

9. Médicaments et thérapies concomitantes

10. Formulaire complété par		
Nom :	Signature :	Date (jour/mois/année)