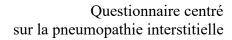


1. (Coordonnées	du décla	rant				□ R	apport ii	nitial	☐ Suivi			
No	m du déclarant	:				Courriel:							
Ad	resse :					Téléphone :	Téléphone:						
						Télécopieur :							
Tyj	Type: ☐ Médecin (spécialité):							☐ Patient ou professionnel non médical :					
☐ Pharmacien:							☐ Autre (spécifiez) :						
Si le déclarant est un patient, a-t-il informé son médecin de l'exposition								on?	□ Oui □ Non				
Le patient vous a-t-il donné l'autorisation de contacter son professionne								nel de la santé ?	□ Oui □ N			on	
Si oui, veuillez fournir les coordonnées du professionnel de la santé :													
No	m :				Type:		Téléphone :						
Adresse:								Courriel:					
2.]	Informations	sur le pa	tient										
Date de naissance					Âge			Taille		Poids			
	(Jour/n	nois/année)			Année/mois			cm		kg			
2 (G 4° 1	, 1·	4 1	19									
3.	Section sur les médicaments de l'entreprise						m						
	Nom	Teneur	Dose		Voie	Indica	ation	Traitement Date de début	Date de fin		#	Date	
				d'ad	dministration			(jour/mois/année)			lot	d'expiration	
1.													
2.			<u> </u>										
3.			<u> </u>										
4. Information and Poffet indécinable													
4. Information sur l'effet indésirable Date de début Date de fin												Cause de	
Effet indésirable			mois/anne	-	(jour/mois/année)			Hospitalisation	Résultats			l'événement	
						ПΟ	ui	☐ Rétabli/Résolu			□ Reliée		
						□N	on	☐ Rétabli/Résolu avec			□ Non		
						G.	1. 1	séquelles			reliée		
							ui, indiquez les s d'hospitalisation	☐ En rétablissement/ En cours de résolution			☐ Inconnue		
							s to mospitums.	☐ Non rétabli/Non résolu					
									☐ Fatal				
									☐ Inconnu				





5. Pneumopathie interstitielle (PI)										
Signes et symptômes de la PI (indiquez la da	te d'apparition de chaque signe ou symptôme)									
Radiographie pulmonaire et/ou tomodensitométrie (joindre la radiographie pulmonaire et/ou la tomodensitométrie)										
Tests de fonction pulmonaire (TFP) (joindre les résultats des tests de fonction pulmonaire)										
Évaluation échocardiographique (joindre l'évaluation échocardiographique)										
Autre(s) test(s) pertinent(s) (indiquez la date de l'examen et les résultats)										
6. Médicaments et thérapies concomitantes										
7. 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 ou toute exposition environnementale ou professionnelle pouvant constituer un facteur de risque).										
9. Formulaire complété nou										
8. Formulaire complété par Nom :	Signature:	Date (jour/mois/année)								
Tion.	Signature .	Date (Journious annec)								