

# DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE DÛ À UN MÉDICAMENT

CENTRE PILOTE DE PHARMACOVIGILANCE  
UNIVERSITÉ LIBANAISE  
FACULTÉ DE PHARMACIE  
Email: pharmavigil@ul.edu.lb



PATIENT TRAITE			NOUVEAU NE		CACHET DU MEDECIN	
			S'il s'agit de produit pris par			
Date de Naissance			Le Nouveau Né	<input type="checkbox"/>		
Ou Age			Lors de l'allaitement	<input type="checkbox"/>		
Nom (3 premières lettres)			Par la mere Durant la grossesse	<input type="checkbox"/>		
Prénom(1 <sup>ère</sup> lettre)			Trimester de grossesse, Indiquer 1, 2, 3	<input type="checkbox"/>		
Sexe	S <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>					
Poids en Kg						
Taille en cm						

## PRODUITS

Nom	Voie d'administration	Posologie	Début de traitement	Fin de traitement	Indication
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Un ou des produits ont-ils été arrêtés ?				Ou des produits ont-ils été réintroduits ?			
Sans Information <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		Sans Information <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Oui <input type="checkbox"/> Citer→		N°	N°	N°	N°	N°	N°
Disparition de la réaction après arrêt d'un ou des produits?				Réapparition après réintroduction ?			
Sans Information <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>		Sans Information <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
Oui <input type="checkbox"/> Citer→		N°	N°	N°	N°	N°	N°
En cas d'administration de : médicament dérivé du sang → indiquer son N°							
Nom du prescripteur				Numéro du lot du produit			
Service hospitalier dans lequel le médicament a été administré				Pharmacie qui a délivré le produit			
En cas d'administration de : Produits sanguins labiles préciser leur Dénomination, ainsi que leur Numéro de lot							

# DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE DÛ À UN MÉDICAMENT

CENTRE PILOTE DE PHARMACOVIGILANCE  
UNIVERSITÉ LIBANAISE  
FACULTÉ DE PHARMACIE  
Email: pharmavigil@ul.edu.lb



EFFET		GRAVITE	SOLUTION	
Département de survenue	<input type="checkbox"/>	Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	Guérison sans séquelle
			<input type="checkbox"/>	Guérison avec séquelles
			<input type="checkbox"/>	Décès du à l'effet
Date de survenue	<input type="checkbox"/>	Incapacité ou invalidité permanente	<input type="checkbox"/>	Décès auquel l'effet a pu contribuer
			<input type="checkbox"/>	Décès sans rapport avec l'effet
Durée de l'effet	<input type="checkbox"/>	Mise en jeu du pronostic vital	<input type="checkbox"/>	Inconnue
	<input type="checkbox"/>	Décès	<input type="checkbox"/>	Sujet non encore rétabli

Description de l'Effet :

Cette Déclaration a été enregistrée le: