

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

5. Test de la fonction hépatique			
	Date (jour/mois/année)	Résultats	Valeurs de référence
Alanine transaminase (ALT)			
Aspartate aminotransférase (AST)			
Phosphatase alcaline (ALP)			
Albumine			
Protéine totale (TP)			
Bilirubine			
Gamma-glutamyltransférase (GGT) Lactate déshydrogénase (LD)			
Temps de prothrombine (PT)			

6. Traitement
Traitement prodigué pour l'événement :
Mesures prises par l'entreprise en réponse à l'événement :

7. Médicaments et thérapies concomitantes

8. 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"/> Hépatite
<input type="checkbox"/> Infection par le virus de l'hépatite	<input type="checkbox"/> Cholélithiase
<input type="checkbox"/> Maladie auto-immune	<input type="checkbox"/> Sujet à des saignements ou à des ecchymoses
<input type="checkbox"/> Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/> Injection de drogues intraveineuses
<input type="checkbox"/> Toxicomanie	<input type="checkbox"/> Tatouage récent
<input type="checkbox"/> Voyage récent	<input type="checkbox"/> Exposition à un produit toxique
<input type="checkbox"/> Anesthésie/chirurgie	<input type="checkbox"/> Utilisation de stéroïdes
<input type="checkbox"/> Utilisation de suppléments ou de tisanes à base de plantes	<input type="checkbox"/> Consommation d'alcool : verre(s)/jour
Autres antécédents médicaux pertinents :	

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