

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. 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. Détails sur les troubles du pancréas	
Symptômes :	
<input type="checkbox"/> Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> Malaise
<input type="checkbox"/> Nausée	<input type="checkbox"/> Vomissements
<input type="checkbox"/> Jaunisse	<input type="checkbox"/> Fièvre
<input type="checkbox"/> Perte de poids	<input type="checkbox"/> Saignements abdominaux
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Changement de couleur ou de constance des selles
<input type="checkbox"/> Démangeaisons	<input type="checkbox"/> Ballonnements
Autres symptômes pertinents :	
Veuillez fournir le diagnostic du patient :	
Le patient souffre-t-il de pancréatique aiguë?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Confidentiel

Si oui, veuillez en préciser la gravité.

Incapacité légère Incapacité modérée Incapacité sévère

La pancréatite est-elle associée à l'un des éléments suivants ?

Oedème interstitiel Nécrose du tissu pancréatique ou péripancréatique

La pancréatite est-elle associée à l'une des défaillances d'organes suivantes ?

Insuffisance respiratoire Insuffisance cardiovasculaire Insuffisance rénale

La pancréatite est-elle associée à l'une de ces complications locales ?

Collections de liquide péripancréatique Pseudokystes pancréatiques
 Collections nécrotiques aiguës Nécrose pancréatique circonscrite

Autres résultats pertinents :

5. Test de laboratoire			
	Date (jour/mois/année)	Résultats	Valeurs de référence
Amylase			
Lipase			
Échographie			
Échographie endoscopique			
Radiographie de l'abdomen			
Tomodensitométrie			
Résonance magnétique Cholangio-pancréatographie			
Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique			
Tests de la fonction hépatique			
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"/> Traumatisme	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Cholécystite	<input type="checkbox"/> Cholélithiase
<input type="checkbox"/> Maladie auto-immune	<input type="checkbox"/> Fibrose kystique
<input type="checkbox"/> Pancréatite	<input type="checkbox"/> Hépatite

Confidentiel

<input type="checkbox"/> Toxicomanie	<input type="checkbox"/> Colite
<input type="checkbox"/> Infections	<input type="checkbox"/> Exposition à un produit toxique
<input type="checkbox"/> Consommation d'alcool : verre(s)/jour	
Autres antécédents médicaux pertinents :	

7. Traitement des troubles du pancréas

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)
-------	-------------	------------------------