**Annonce d’effets indésirables suspectés d’un médicament (EI) N°**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Initiales du patient | Date de naissance | Sexe | Poids | EI survenu le | Durée de l’EI |
| ° |  | ° |  | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° |  | [ ]  |  |[ ]   | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | °°°°° | °°°°° |
| Prénom | Nom | jour | mois | Année | fém. | masc. | kg | jour | mois | Année |  |
| **Description de l’effet indésirable** (Diagnostic, symptômes, signes cliniques et évolution): °°°°° | Délai d’apparition\* |
|  | °°°°° |
|  |  |

|  |
| --- |
| °°°°° |

|  |
| --- |
| \* Temps écoulé entre l’administration et l’EI (en heures pour les réactions aux vaccins) [ ]  si nécessaire suite au verso |

|  |
| --- |
| **Résultats d’éventuels examens** (par ex. laboratoire avec date, histologie, evtl. joindre copies s.v.p.) : °°°°° |
| °°°°° |
| **Mesures thérapeutiques prise pour traiter l’EI** : °°°°° |
| °°°°° |
| **Conséquences et évolution de l’EI**  |  |  |
| [ ]  décès | [ ]  hospitalisation nécessaire | [ ]  lésion ou infirmité durable  |
| [ ]  état critique | [ ]  hospitalisation prolongée | [ ]  grave incapacité transitoire / intérêt médical particulier |
| [ ]  guérison complète | [ ]  pas encore rétabli | [ ]  autre : °°°°° |
| Amélioration après interruption du traitement suspecté[ ]  oui [ ]  non [ ]  autre : °°°°° |  Aggravation lors de réexposition  avec: ...............................................................................................  [ ]  oui [ ]  non [ ]  autre : °°°°° |
| **Médicaments suspectés** |
| Marque déposée  | N° du lot (produits sanguins, vaccins etc) | Dosejournalière | Mode d’Application | Administration | Indication |
| du\* | au\*\* |
| 1. °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° | °°°°° | °°°°° |
| 2. °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° | °°°°° | °°°°° |
| 3. °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° | °°°°° | °°°°° |
| **Autres médicaments administrés en même temps** |
| °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° | °°°°° | °°°°° |
| °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° | °°°°° | °°°°° |
| °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° | °°°°° | °°°°° |
| °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° | °°°°° | °°°°° |
| °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° |  | °°°°° | °°°°° | °°°°° |
|  |
| \* Date ou durée (nombre de jours / mois / années) °°°°° \*\* Date, durée ou si le traitement se poursuit : EN COURS |
| **Autres affections ou facteurs prédisposants** |
| Grossesse (dernières règles le : °°°°°) | Allergies : °°°°° | Tabagisme : °°°°° |
| Consommation d’alcool : °°°°° | Néphropathie : °°°°° | Créatinine : °°°°° |
| Hépatopathie (sérologies virales): °°°°° |  Autre : °°°°° |

|  |
| --- |
| **Prière d’envoyer le formulaire dans une enveloppe fermée à un CENTRE RÉGIONAL DE PHARMACOVIGILANCE de votre choix (voir les adresses ci-dessous). Pour l’envoi par télécopieur ne pas oublier le verso.** |
| Expéditeur ou timbre : |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Nom | °°°°° |  | Téléphone | °°°°° |
| Adresse | °°°°° |  | Télécopieur | °°°°° |
|  | °°°°° |  | e-mail | °°°°° |
|  | °°°°° |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Autres remarques** (évaluation, commentaires, copies jointes) :°°°°° |
| **Centres régionaux de pharmacovigilance** |
| **Bâle** | **Berne** | **Genève** |
| Region. Pharmacovigilance-Zentrum (RPVZ) Klinische Pharmakologie & ToxikologieUniversitätsspital BaselSchanzenstrasse 55Postfach4031 Basel | Regionales Pharmacovigilance-ZentrumKlinische PharmakologieUniversitätsklinik für Allgemeine Innere MedizinInselspital3010 Bern | Centre d'informations thérapeutiques etCentre régional de pharmacovigilanceService de pharmacologie et toxicologieCliniquesHôpitaux Universitaires de Genève1211 Genève 14 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RPVZ Tel. 061 265 88 62 – Fax 061 265 45 60vigilance@usb.ch[www.pharmacovigilance.unispital-basel.ch](http://pharmacovigilance.unispital-basel.ch/) | Tel. 031 632 74 74 – Fax 031 632 54 60vigilance@insel.ch[www.inneremedizin.insel.ch/de/klinische-pharmakologie](http://www.nephrologie.insel.ch/de/klinische-pharmakologie) | Tel. 022 372 99 34/32 – Fax 022 372 99 40/45medvig@hcuge.ch[www.pharmacoclin.ch](http://www.pharmacoclin.ch/) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lausanne** | **Lugano** |  |
| Service d'informations thérapeutiques,Centre régional de pharmacovigilance etSwiss Teratogen Information Service STISDivision de pharmacologie cliniqueRue du Bugnon 17 - 1er étage1011 LausanneCHUV | Istituto di Scienze Farmacologiche della Svizzera Italiana (ISFSI)Clinica di farmacovigilanza etossicologia clinicaCentro di consulenza sui farmaci e Centro regionale di farmacovigilanzaEnte Ospedaliero Cantonale (EOC)Via Tesserete 466903 Lugano |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tel. 021 314 41 89 – Fax 021 314 42 66vigil@chuv.ch[www.chuv.ch/pcl](http://www.hospvd.ch/chuv/pcl/)<www.swisstis.ch> | Tel. 091 811 67 50 – Fax 091 811 67 51farmacovigilanza.eoc@eoc.ch[www.farmacovigilanza.ch](http://farmacovigilanza.ch/) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Zurich** |  |
| Medikamenteninformationsdienst undRegionales Pharmacovigilance-ZentrumKlinik für Klinische Pharmakologie undToxikologieUniversitätsspital ZürichRämistrasse 1008091 Zürich | Medikamenteninformationsdienst /PharmacovigilanceTox Info SuisseFreiestrasse 168032 Zürich |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tel. 044 255 27 70 – Fax 044 255 44 11pharmakologie@usz.ch[www.pharmakologie.usz.ch](http://www.pharmakologie.usz.ch) | Tel. 044 251 66 66 – Fax 044 252 88 33pharmakologie@usz.ch[www.toxinfo.ch](http://www.toxinfo.ch) |  |
| **Annonces sur les défauts de qualité supposés: s’adresser par téléphone, par fax ou par e-mail****Tél. 058 463 16 63; Fax 058 462 07 22, e-mail: market.surveillance@swissmedic.ch** |

|  |
| --- |
| **Centre d’urgence pour les intoxications: s’adresser directement au Tox Info Suisse (Tél. 145)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date**: °°°°° | **Signature:** |

**Suivi des modifications**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Version | Valable et définitif à partir du | Modifié sans change-ment de version | Description, remarques (rédigées par l’auteur) | Paraphe de l’auteur (initiales) |
| **13** | **19.10.17** |  | **Modifiée l’email, no du téléphone et l’adresse d’une institution**  | **bh** |
| **12** | **01.08.15** |  | **Adresse modifiée de „Schweizerisches Toxikologisches****Informationszentrum“ à „Tox Info Suisse“** | **zt** |
| **11** | **29.09.14** |  | **Numéros de téléphone et de fax actualisés dans le corps du document, nouveau suivi des modifications inséré dans le document** | **sel** |