



Détail du (des) effet(s) indésirable(s) ressenti(s) : (Ajoutez des lignes si nécessaire)				
Effet	Début et fin	Evolution	Traitement de l'effet	Si oui, précisez
1.	Du __/__/____ au __/__/____	☐ Pas d'amélioration ☐ Amélioration en cours ☐ Guérison sans séquelles ☐ Guérison avec séquelles ☐ Décès ☐ Inconnu	☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu	
2.	Du __/__/____ au __/__/____	☐ Pas d'amélioration ☐ Amélioration en cours ☐ Guérison sans séquelles ☐ Guérison avec séquelles ☐ Décès ☐ Inconnu	☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu	
3.	Du __/__/____ au __/__/____	☐ Pas d'amélioration ☐ Amélioration en cours ☐ Guérison sans séquelles ☐ Guérison avec séquelles ☐ Décès ☐ Inconnu	☐ Non ☐ Oui ☐ Inconnu	

Médicament(s) ou vaccin(s)

Veillez noter ci-dessous (en MAJUSCULES) si possible, tous les médicaments ou vaccins que vous avez pris au moment de l'effet indésirable ou quelque temps avant son apparition (y compris les médicaments utilisés pour les maladies chroniques et les médicaments en délivrance libre). Précisez également si vous prenez un contraceptif hormonal (pilule).

IMPORTANT! *Veillez cocher le(s) médicament(s) ou vaccin(s) que vous suspectez d'avoir provoqué l'effet.*

Nom commercial du médicament ou vaccin et n° de lot (si disponible)	Suspecté dans la survenue de l'effet indésirable	Dosage (dose et fréquence)	Date de début du traitement	Date de fin du traitement	Raison du traitement
1.	☐ Non ☐ Oui ☐ Sans avis		(jour/mois/année) __/__/____	(jour/mois/année) __/__/____ ☐ Encore en cours	
2.	☐ Non ☐ Oui ☐ Sans avis		(jour/mois/année) __/__/____	(jour/mois/année) __/__/____ ☐ Encore en cours	
3.	☐ Non ☐ Oui ☐ Sans avis		(jour/mois/année) __/__/____	(jour/mois/année) __/__/____ ☐ Encore en cours	
4.	☐ Non ☐ Oui ☐ Sans avis		(jour/mois/année) __/__/____	(jour/mois/année) __/__/____ ☐ Encore en cours	

Coordonnées de contact du déclarant

Vos coordonnées permettront éventuellement de vous recontacter afin d'obtenir des compléments sur le(s) événement(s) que vous déclarez et de vous envoyer l'accusé de réception de votre déclaration.

Nom : _____ Prénom : _____
Je préfère être contacté par :
☐ courriel _____
☐ téléphone (précisez également l'indicatif pays) _____
☐ Voie postale Rue, numéro : _____
Ville, code postal : _____
Pays : _____



☐ Le médecin traitant le patient peut également être contacté pour de plus amples information concernant ce cas

Coordonnées du médecin traitant le patient:

Nom : _____

Prénom : _____

Contact (courriel ou téléphone) : _____

Coordonnées pour la déclaration:

Vous pouvez déclarer aux coordonnées ci-après:

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy

ou

Division de la pharmacie et des médicaments

E-mail : crpv@chru-nancy.fr

E-mail : pharmacovigilance@ms.etat.lu

Tél : +33 3.83.65.60.85

Tél : +352 247 85592

Fax : +33 3.83.65.61.33

Adresse physique:

Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy
Bâtiment de Biologie Moléculaire et de Biopathologie
(BBB)
CHRU de Nancy - Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan
54 511 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX, France

Adresse physique:

Division de la pharmacie et des médicaments
Direction de la Santé
2a, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen