

Permanence médicale :

02 47 47 37 37

Fax : 02 47 47 38 26

E-mail : crpv@chu-tours.fr ou pharmacovigilance@chu-tours.mssante.fr (sécurisée)

Centre Régional de Pharmacovigilance Centre-Val de Loire

Service de Pharmacosurveillance

2 boulevard Tonnellé, CHU 37044 Tours

Chef de service : Dr. AP Jonville-Béra

Formulaire de pharmacovigilance

- Demande d'avis** (confirmation d'un EI et/ou médicament(s) probablement en cause, CAT, reprise du médicament ?...)
 Déclaration d'effet indésirable médicamenteux

Identification du patient (nom entier si une réponse écrite est souhaitée)		Déclarant (nom, fonction, service et tel)*
Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Sexe : Féminin Masculin	
Taille (cm) : Poids (kg) :	Si CHU, IPP :	
Comorbidités/antécédents/pathologies en cours:		
		<i>*si demande d'avis = nom du médecin</i>

Effet indésirable :

Effet(s) indésirable(s) [EI] diagnostiqué ou suspecté :

Date de survenue de l'EI :

Description clinique de l'effet indésirable :

Merci de préciser l'histoire clinique, le contexte de survenue, les caractéristiques cliniques et biologiques de l'EI ainsi que leur chronologie avec l'évolution et les éventuelles récurrences, que cela coïncide ou non avec la prise d'un ou plusieurs médicaments :

Si EI biologique, joindre les principaux résultats de la biologie

Résultats du bilan étiologique réalisé (par exemple : myélogramme, biopsie cutanée, bilan infectieux, bilan d'auto-immunité) :

Résolution de l'EI : Oui Non

Si oui, date de fin ou durée de l'EI :

Gravité de l'EI (EI ayant entraîné) :

Évolution de l'EI :

Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation

Guérison sans séquelle Guérison avec séquelle Sujet non encore rétabli

Incapacité ou invalidité permanente Mise en jeu du pronostic vital Décès

Décès en lien avec l'EI Décès sans rapport avec l'EI Inconnue

S'il s'agit d'une demande d'avis, quelle est la question ?

Détail de tous les médicaments ayant été débutés avant la survenue de l'EI (y compris vaccins, produits de contraste)

Médicaments (posologie, voie administration)	Indication	Date de début	Date de fin	Si arrêt, évolution favorable de l'EI ?	Si réintroduction, récurrence de l'EI ?
#1				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
#2				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
#3				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
#4				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
#5				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
#6				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
#7				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
#8				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
#9				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
#10				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
#11				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
#12				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Merci de joindre le compte rendu d'hospitalisation et/ou d'observation médicale
Toute demande incomplète ne sera pas traitée