

Rapportage des effets indésirables (VEUILLEZ REMPLIR EN MAJUSCULES)

Données du médecin traitant:

Dr. _____

Hôpital, adresse: _____

Données de contact: Tel.: _____ Email: _____

Données du patient:

M/F: M F Age: Initiales:

Produit:

Date d'initiation: _____

Dosage: _____

Date de la dernière dose: _____

Date de l'arrêt du traitement (éventuel): _____

Nombre: _____

Description claire de l'effet secondaire (incl. date du début de l'effet secondaire, résultats du labo, autres tests, ...):**Histoire médicale** (si relevant):**Traitements concomitants** (produit et dosage):**Traitement de l'effet secondaire** (éventuel):

Envoyer