FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ÉVENEMENT INDÉSIRABLE APRÉS VACCINATION ANTIGRIPPALE A/H1 N1

Date de déclaration: I__I__I__I__I__I__I__I__I
J J M M A A A A

Wilaya: .....

INFORMATION SUR LE SUJET VACCINÉ

Nom: I__I__I Date de naissance I__I__I__I__I__I__I__I__I ou Age : …….. Sexe: M ☐ F ☐
Initiales *J J M M A A A A*

Grossesse : OUI ☐ NON ☐ Inconnu ☐ *si OUI, préciser l'âge gestationnel au moment de l'immunisation* :…… ……

Terrain/Histoire de la maladie : OUI ☐ NON ☐ Inconnu ☐ *si OUI spécifier:*…… ……

……

Traitement en cours: OUI ☐ NON ☐ Inconnu ☐ *si OUI spécifier:* ……

……

INFORMATION SUR LE VACCIN ADMINISTRÉ

Vaccin	Fabricant	Batch ou numéro	N° Dose	Date d'administration
_____	_____	_____	1ère dose ☐ 2ème dose ☐	I__I__I__I__I__I__I__I__I
Autre vaccin administré				
_____	_____	_____		I__I__I__I__I__I__I__I__I

DÉTAILS À PROPOS DES ÉVENEMENTS INDÉSIRABLES

Événements indésirables	Date de début	Date de la fin	Description de l'évènement indésirable (à l'examen clinique, biologique) et si traitement

Gravité : OUI ☐ NON ☐ Inconnue ☐

Si OUI: Mettant en jeu le pronostic vital ☐ Hospitalisation ☐ Entraînant des troubles/incapacité ☐ Anomalies congénitales ☐ Autres ☐:

Précisez : ……

Evolution : Guérison ☐ Amélioration ☐ Stationnaire ☐

Séquelles : OUI ☐ NON ☐ , *Si oui décrire:* ……

Mortelle : Autopsie OUI ☐ NON ☐ Cause de la mort : ……

LE MEDECIN DÉCLARANT

Nom : _____ Code postal : _____

Profession (seulement les professionnels de santé) : _____

N° Tel : _____ N° Fax : _____ Email : _____ @ _____

Adresse : _____

_____

Signature : ……

VEUILLEZ ENVOYER CETTE DECLARATION AU CNPM

Centre National de Pharmacovigilance et de Matériovigilance, NIPA, Dely Ibrahim, BP 247 Bab El Oued Alger 16009,

N° Fax: 021 36 36 71, 021 36 37 91 e-mail: cnpm@cnpm.org.dz