

**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