



FICHE DE NOTIFICATION DES EFFETS/EVENEMENTS INDESIRABLES OBSERVES APRES L'UTILISATION DE PRODUIT DE SANTE

À conserver au niveau de la zone sanitaire

Date : NUM EPID : BEN/
DDD/CCC / AA / NNNN

PATIENT	Si nouveau-né, Produit pris : Par le patient : /___/ Par l'allaitement : /___/ Par la mère pendant la grossesse : /___/ (Préciser le trimestre) :
Nom : Prénoms : Sexe : F M Age : /___/ année /___/ mois /___/ jours Poids (Kg) : Taille (Cm) :	
Adresse : C/.....Maison :..... (Tél.) :.....Quartier/Village :Arrondissement :.....	
Antécédents/facteurs favorisants : Grossesse /___/ Alcoolisme /___/ Hépatopathie /___/ Allergie /___/ Néphropathie /___/ Tabagisme /___/ Remède traditionnel /___/ Traitement chronique /___/ Réaction antérieure au même médicament ou vaccin /___/ Réaction antérieure à un autre médicament ou vaccin /___/ Autres (préciser)	
Évènement(s) indésirables (s) : Fièvre (>38°C) /___/ Urticaire /___/ Réaction locale sévère (>3jrs) /___/ Réaction locale sévère (<3jrs) /___/ Réaction locale sévère s'étendant au-delà de l'articulation /___/ Convulsion fébrile /___/ Convulsion non fébrile /___/ Abscess /___/ Septicémie /___/ Encéphalopathie /___/ Syndrome de choc toxique /___/ Thrombopénie /___/ Choc anaphylactique /___/ Syndrome de Lyell /___/ Si autres, Décrire Date de prise/vaccination : /___/ /___/ /___/ Date d'apparition de l'évènement : /___/ /___/ /___/ Si non délai d'apparition après la prise/vaccination : Minutes /___/ Heures /___/ Jours /___/ Mois /___/	

PRODUITS SUSPECTS (médicaments, vaccins, solvants et plantes médicinales) :

N°	NOM DU PRODUIT	NOM DU FABRICANT	LIEU D'ACHAT	N° DE LOT	DATE DE PEREMPTION (si PCV préciser stade)	VOIE D'ADMINISTRATION	POSOLOGIE	INDICATION/ Motif de Traitement	DUREE TRAITEMENT		Quantité totale prise
									DATE DE DEBUT	DATE DE FIN	
1											
2											
3											
4											
5											
Prière de cocher en cas de : Automédication /___/ Pharmacodépendance /___/ Erreur thérapeutique /___/ Prescription médicale /___/											
GRAVITE			EVOLUTION			ATTITUDE ADOPTEE					
/___/ Hospitalisation			/___/ Guérison sans séquelle			Arrêt du médicament : Oui /___/ Non /___/					
/___/ Prolongation d'hospitalisation			/___/ Guérison avec séquelle			Si Oui, l'effet indésirable a : Disparu /___/ Diminué /___/ Persisté /___/					
/___/ Incapacité ou invalidité permanente			/___/ Pas encore guéri			Diminution de la dose du médicament : Oui /___/ Non /___/					
/___/ Mise en jeu du pronostic vital			/___/ Complications			Si Oui, l'effet indésirable a : Disparu /___/ Diminué /___/ Persisté /___/					
/___/ Malformation congénitale			/___/ Décès			Le médicament a-t-il été réadministré ? Oui /___/ Non /___/					
/___/ Décès			/___/ Inconnu			Si le médicament a été réadministré, l'effet indésirable est-il réapparu ? Oui /___/ Non /___/					

Pour tout produit : préciser le lieu d'acquisition Pharmacie /___/ Formation Sanitaire /___/ Rue /___/ autres /___/

Pour les vaccins : préciser : le lieu de la vaccination /___/ le site d'injection (ex : Bras gauche = BG) /___/

Pour les plantes médicinales : préciser la partie utilisée racine /___/ écorce /___/ feuille /___/ fleur /___/

NOTIFICATEUR :

Département : ZS : Commune : FS :
Nom et Prénom :
Qualification : /___/ Médecin /___/ Pharmacien /___/ Dentiste /___/ Sage-femme /___/ Infirmier, Autres (à préciser) :
Spécialité (à préciser) :
Téléphone : Email :

Date de notification : Signature et cachet :

DDD : Trois premières lettres du département ; CCC : Trois premières lettres de la Commune ; AA : Deux derniers chiffres de l'année ; NNNN : Numéro à quatre chiffres.

L'Agence béninoise du médicament et des autres produits de santé est à votre disposition pour toutes informations complémentaires sur le vaccin, le médicament ou tout autre produit de santé, ses événements indésirables, son utilisation et son bon usage.

Tél. (229) 01 51 45 79 87
Adresse. Guinkomey, rue 108, Cotonou, Bénin

E-mail. contact.abmed@gouv.bj
www.abmed.bj