

**FORMULAIRE D'INVESTIGATION D'UN CAS D'ÉVENEMENT**  
**INDESIRABLE GRAVE MÉDICAMENTEUX**

<b>Département :</b>	<b>ZS :</b>	<b>N° d'identification du cas :</b>
Lieu de prise : /__ /CS Public /__ /CS privé /__ /autre (préciser).....		
Prises-en : /__ /campagne /__ /Routine /__ /autre (préciser).....		
Adresse du site de prise		
<b><u>Information sur le patient</u></b>		
Nom et prénom(s).....		
Date de naissance ou âge : .....poids : .....taille : .....		
Lieu de résidence : .....		
Adresse complète .....		
Antécédents médicaux.....		
Traitement en cours lors de l'administration des produits		
Médicaments reçus antérieurement et date d'administration dans les trois derniers mois		

Désignation	Date d'administration

**Informations sur les Produits administrés**

Nom du Produit administrés au patient	date de prise	heure de prise	Dose (ex 1 <sup>ère</sup> , 2 <sup>ème</sup> etc.)	N° de lot	date de péremption

Diffusion

Confidentielle

Interne

Publique

--	--	--	--	--	--

*Conditions de Stockage des produits* .....

.....

.....

*Conditions de transport* .....

**Effets indésirables**

*Nature des EI observées*.....

*Description de L'EIG*.....

.....

.....

*Constantes : T°* ..... *TA* ..... *Pouls :*.....

*Date de survenue*.....

*Heure de survenue après administration*.....

*Evolution*.....

*En cas de décès date et heure de décès*.....

*Autopsie réalisée si oui date et heure* .....

*Sinon prévue le* .....

*Joindre le rapport*

**Information sur les produits**

*Chronologie d'administration des prise des produits* .....

.....

.....

*Sites des prises des différentes doses*

<i>Type de produits</i>	<i>Site d'administration</i>

**Diffusion**

Confidentielle

Interne

Publique


*Antécédents d'évènement similaires .....*

.....  
.....

*Manifestations indésirables après une (des) vaccination(s) antérieure(s) .....*

.....  
.....

*Antécédents d'allergie à un vaccin, un médicament ou à un aliment .....*

.....

*Maladie préexistante(30) pathologie congénitale .....*

.....

*Antécédent d'hospitalisation au cours des 30 derniers jours (indiquer la cause)*

.....  
.....

*Patient actuellement sous traitement ?si oui nom du médicament indication, doses et dates de traitement).....*

.....

*Antécédents familiaux d'une maladie ou d'une allergie(en rapport avec la MAPI)*

.....  
.....

*Naissance :    /\_/\_/ à terme            /\_/\_/avant terme            /\_/\_/après terme*

*Poids de naissance : .....*

*Accouchement:    /\_/\_/normal    /\_/\_/césarienne    /\_/\_/assisté (forceps aspiration etc.)  
/\_/\_/avec complication (préciser).....*

*Signes et symptômes par ordre chronologique à partir du moment de la vaccination*

.....  
.....  
.....

**Diffusion**

Confidentielle

Interne

Publique

**Prise en charge médicale de l'EIG**

Lieu de prise en charge .....

Examen général ..... T° ..... TA ..... Pouls.....

Examen physique : .....

Hypothèse diagnostic .....

Dossier biologique .....

Evolution : .....

**Information sur le notificateur**

Nom et prénom : .....

Titre/Fonction : .....

N° de téléphone/email : .....

Date de l'investigation : .....

Date de remplissage du formulaire : .....

Diffusion

Confidentielle

Interne

Publique