



**DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE
CHEZ L'HOMME SUSCEPTIBLE D'ÊTRE
DÛ À UN MÉDICAMENT VÉTÉRINAIRE**

N° PV Works :
2017-FR-.....
Date de notification :
.../.../....

CACHET DU DÉCLARANT

COORDONNÉES DU DÉCLARANT			
Nom :			Prénom :
Adresse :			
N° téléphone :			
Médecin	Vétérinaire	Pharmacien	Centre antipoison
			Autre

DONNÉES SUR LA PERSONNE EXPOSÉE			
Nom (3 premières lettres) :		Prénom (1 ^{ère} lettre) :	Département de résidence :
Sexe :		Age :	Profession (si liée à l'exposition) :
MODALITÉS D'EXPOSITION			
<input type="checkbox"/> Contact avec l'animal traité <input type="checkbox"/> Ingestion accidentelle <input type="checkbox"/> Exposition cutanée <input type="checkbox"/> Projection oculaire <input type="checkbox"/> Injection accidentelle dans <input type="checkbox"/> le doigt <input type="checkbox"/> la main <input type="checkbox"/> l'articulation <input type="checkbox"/> autre : préciser <input type="checkbox"/> Autre : préciser			

MÉDICAMENT(S) VÉTÉRINAIRE(S) AU(X)QUEL(S) LA PERSONNE A ÉTÉ EXPOSÉE			
AVANT L'EFFET INDÉSIRABLE			
<i>(si le nombre de produits dépasse 3, prière de dupliquer le formulaire)</i>			
	1	2	3
Nom du médicament			
Forme pharmaceutique			
Substance(s) active(s)/valence vaccinale			
Dosage (ex : 250 mg/2,5 ml)			
Laboratoire pharmaceutique (Titulaire de l'AMM)			
N° d'AMM			
N° de lot			
Date de péremption			
Voie d'exposition			
Dose d'exposition			
Date d'exposition			
Durée d'exposition			

Date de survenue de l'effet indésirable	Délai entre l'exposition médicamenteuse et l'effet indésirable (en minutes, heures ou jours)	Durée de l'effet indésirable (en minutes, heures ou jours)
/ /		

ÉVOLUTION	Décès	Guérison avec séquelles	Guérison sans séquelles	Inconnue	En cours
Date					

DESCRIPTION DE L'EFFET INDÉSIRABLE

Description de la séquence des événements y compris les signes cliniques, leur sévérité et toute autre information utile :

|

TRAITEMENT ENTREPRIS A L'APPARITION DE L'EFFET INDÉSIRABLE :

INVESTIGATIONS effectuées/en cours, y compris d'autres hypothèses (examens complémentaires, autopsie...) :

|

AVIS SUR LE CAS :

Commentaires :

Rôle du médicament	probable	possible	douteux
Médicament 1			
Médicament 2			
Médicament 3			

NOM DU DÉCLARANT, DATE ET SIGNATURE :

|