

## Annnonce d'effets indésirables suspectés d'un médicament (EI)

N°

Initiales du patient		Date de naissance			Sexe		Poids	EI survenu le			Durée de l'EI
Prénom	Nom	jour	mois	Année	fém.	masc.	kg	jour	mois	Année	

### Description de l'effet indésirable

(Diagnostic, symptômes, signes cliniques et évolution):

Délai d'apparition\*

\* Temps écoulé entre l'administration et l'EI (en heures pour les réactions aux vaccins)

si nécessaire suite au verso

Résultats d'éventuels examens (par ex. laboratoire avec date, histologie, evtl. joindre copies s.v.p.) :

Mesures thérapeutiques prise pour traiter l'EI :

### Conséquences et évolution de l'EI

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> décès             | <input type="checkbox"/> hospitalisation nécessaire | <input type="checkbox"/> lésion ou infirmité durable                                |
| <input type="checkbox"/> état critique     | <input type="checkbox"/> hospitalisation prolongée  | <input type="checkbox"/> grave incapacité transitoire / intérêt médical particulier |
| <input type="checkbox"/> guérison complète | <input type="checkbox"/> pas encore rétabli         | <input type="checkbox"/> autre :  |

Amélioration après interruption du traitement suspecté

oui  non  autre :

Aggravation lors de réexposition

avec: .....  
 oui  non  autre :

### Médicaments suspectés

Marque déposée	N° du lot (produits sanguins, vaccins etc)	Dose journalière	Mode d' Application	Administration du* au**	Indication
1.					
2.					
3.					

### Autres médicaments administrés en même temps

Marque déposée	N° du lot	Dose	Mode d' Application	Administration	Indication

\* Date ou durée (nombre de jours / mois / années)

\*\* Date, durée ou si le traitement se poursuit : EN COURS

### Autres affections ou facteurs prédisposants

Grossesse (dernières règles le :

) Allergies :

Tabagisme :

Consommation d'alcool :

Néphropathie :

Créatinine :

Hépatopathie (sérologies virales):

Autre :

Prière d'envoyer le formulaire dans une enveloppe fermée à un CENTRE RÉGIONAL DE PHARMACOVIGILANCE de votre choix (voir les adresses ci-dessous). Pour l'envoi par télécopieur ne pas oublier le verso.

Expéditeur ou timbre :

Nom	_____	Téléphone	_____
Adresse	_____	Télécopieur	_____
	_____	e-mail	_____
	_____		_____

Autres remarques (évaluation, commentaires, copies jointes) :

### Centres régionaux de pharmacovigilance

Bâle	Berne	Genève
<p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Klinik für Pharmakologie u. Toxikologie Universitätsspital Hebelstrasse 2 4031 Basel</p> <p>Tel. 061 265 88 62 - Fax 061 265 45 60 <a href="mailto:vigilance@uhbs.ch">vigilance@uhbs.ch</a> <a href="http://www.kpharm.unibas.ch">www.kpharm.unibas.ch</a></p>	<p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Institut für Klinische Pharmakologie Universität Bern Murtenstrasse 35 3010 Bern</p> <p>Tel. 031 632 87 27 - Fax 031 632 49 97 <a href="mailto:vigilance@ikp.unibe.ch">vigilance@ikp.unibe.ch</a> <a href="http://www.ikp.unibe.ch">www.ikp.unibe.ch</a></p>	<p>Centre d'informations thérapeutiques et Centre régional de pharmacovigilance Service de pharmacologie et toxicologie cliniques Hôpitaux Universitaires de Genève 1211 Genève 14</p> <p>Tel. 022 382 99 34/32 / Fax 022 382 99 4045 <a href="mailto:medviq@hcuge.ch">medviq@hcuge.ch</a> <a href="http://www.pharmacoclin.ch">www.pharmacoclin.ch</a></p>
Lausanne	Lugano	
<p>Service d'informations thérapeutiques, Centre régional de pharmacovigilance et Swiss Teratogen Information Service STIS Division de pharmacologie et toxicologie cliniques Hôpital de Beaumont 6<sup>ème</sup> étage 1011 Lausanne CHUV</p> <p>Tel. 021 314 41 89 / Fax 021 314 42 66 <a href="mailto:vigil@chuv.hospvd.ch">vigil@chuv.hospvd.ch</a> <a href="http://www.chuv.vh/pcl">www.chuv.vh/pcl</a> <a href="http://www.swisstis.ch">www.swisstis.ch</a></p>	<p>Servizio di consulenza sui farmaci e Centro regionale di farmacovigilanza Ospedale Regionale Lugano Sede Civico Via Tesserete 46 6903 Lugano</p> <p>Tel. 091 811 67 50 - Fax 091 811 67 51 <a href="mailto:farmacovigilanza@bluewin.ch">farmacovigilanza@bluewin.ch</a> <a href="http://www.farmacovigilanza.ch">www.farmacovigilanza.ch</a></p>	
Zurich		
<p>Medikamenteninformationsdienst und Regionales Pharmacovigilance-Zentrum Klinik für Klinische Pharmakologie und Toxikologie Universitätsspital 8091 Zürich</p> <p>Tel. 044 255 27 70 / Fax 044 255 44 11 <a href="mailto:medi.info@usz.ch">medi.info@usz.ch</a> <a href="http://www.pharmakologie.usz.ch">www.pharmakologie.usz.ch</a></p>	<p>Medikamenteninformationsdienst / Pharmacovigilance Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum Freiestr. 16 8032 Zürich</p> <p>Tel. 044 251 66 66 / Fax 044 252 88 33 <a href="mailto:medi.info@usz.ch">medi.info@usz.ch</a> <a href="http://www.toxi.ch">www.toxi.ch</a></p>	

Annonces sur les défauts de qualité supposés : s'adresser par téléphone, par fax ou par e-mail  
Tél. 031 323 16 63; Fax 031 322 07 22, e-mail : [market.surveillance@swissmedic.ch](mailto:market.surveillance@swissmedic.ch)

Centre d'urgence pour les intoxications : s'adresser directement au Centre TOX (Toxicologie) (Tél. 145)

Date :

Signature :