

## Formulaire de notification de cas de Pharmacovigilance

### MCO CCS-FSA

<b>1) Notificateur</b>	Nom & prénom :		Tél / Email / Fax:
Adresse:		Pays:	Profession:
<b>2) Patient</b>	Initial :	Sexe (F/M) :	Date de naissance/ Âge / Catégorie d'Âge :
		Taille (cm):	Poids (kg) :
<b>3) Réaction</b>	Réaction observée :		Date de début :...../...../.....
<b>Description de la réaction</b>			
-Signes et les symptômes :			
-Progression :			
-Traitements :			
-Antécédents médicaux et médicamenteux pertinents :			
-Investigations :			
-Causes possibles :			
-Nom de l'étude /No patient si applicable :			
<b>4) Prière de vérifier si la réaction a conduit à l'une des situations suivantes :</b>			
<input type="checkbox"/> Décès <input type="checkbox"/> Mise en jeu du pronostic vital			
<input type="checkbox"/> Hospitalisation / Prolongement d'hospitalisation			
<input type="checkbox"/> Anomalies congénitales / avortement <input type="checkbox"/> Invalidité / incapacité importante ou persistante			
<input type="checkbox"/> Suspicion de transmission d'agents infectieux <input type="checkbox"/> Nécessité des mesures pour prévenir une incapacité ou invalidité permanente			
<b>5) Mesures prises</b>		La réaction a-t-elle disparue à l'arrêt ou à la réduction de la dose du médicament?	
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Arrêt		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu.	
		Traitement correctif nécessaire ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, spécifier	

<input type="checkbox"/> Réduction de la dose ; spécifier :  <input type="checkbox"/> Inconnue	<input type="checkbox"/> Inconnu  La réaction est-elle ré apparue après la reprise du médicament ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu
--	---

**6) Issue de la Réaction :**

Complètement guéri  Guéri avec séquelle : spécifier:.....  
 En guérison  
 Date de résolution ou durée de la réaction :  
 Non guéri  Inconnu  
 Fatal, spécifier les date & cause du décès : \_\_\_\_\_ Autopsie :  Oui  Non  
 Inconnu

**7) Produits Suspects**

Nom commercial / DCI (dosage & forme)	Indication	Dosage/Unité/ Fréquence/ quantité	Voie	Traitemen t date début	Arrêt Traitemen t date /durée	Lot	Produit de la Compagnie (C) ou non-compagnie(NC)

**8) Autres traitements Pris**


**9) Rapporteur**

Date de première réception :	
Nom & Prénom	
Profession	
Signature	

Formulaire à envoyer par email à : [afoafc.pharmacovigilance@sanofi.com](mailto:afoafc.pharmacovigilance@sanofi.com)

Contact PV : **Dr Perrine LAMENU** Tel (+237) 650 07 00 03