

Réaction indésirable	Renvoyer à l'adresse suivante : Dr Marc Girard 76 route de Paris, 78760 Jouars-Pontchartrain ou par e-mail agosgirard@free.fr
---	--

Information sur la réaction

Nom Patient (3 premières lettres)	Pays	Date de naissance			Age	Sexe	Début de la réaction			Critères de gravité
		jour	mois	année			jour	mois	année	
Décrire la réaction (joindre les éventuels examens et/ou les résultats de laboratoire)										<input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/> susceptible de mettre la vie en danger <input type="checkbox"/> invalidité ou incapacité <input type="checkbox"/> hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation <input type="checkbox"/> autre, préciser :

Informations sur le vaccin suspecté

Vaccin suspecté		Guérison de la réaction ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Posologie	Voie d'administration	
Date de la vaccination	Date du rappel	

Médicament(s) associé(s) et antécédents

Médicament(s) associé(s) et dates d'administration (à l'exclusion de ceux utilisés pour traiter l'événement observé)
Antécédents pertinents (par ex.: maladies, allergies...)

Informations sur l'auteur du signalement

Nom de l'auteur du signalement	Professionnel de santé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Médecin Pharmacien Autre (préciser)
Adresse	
Téléphone e-mail	

Date :/...../..... Signature