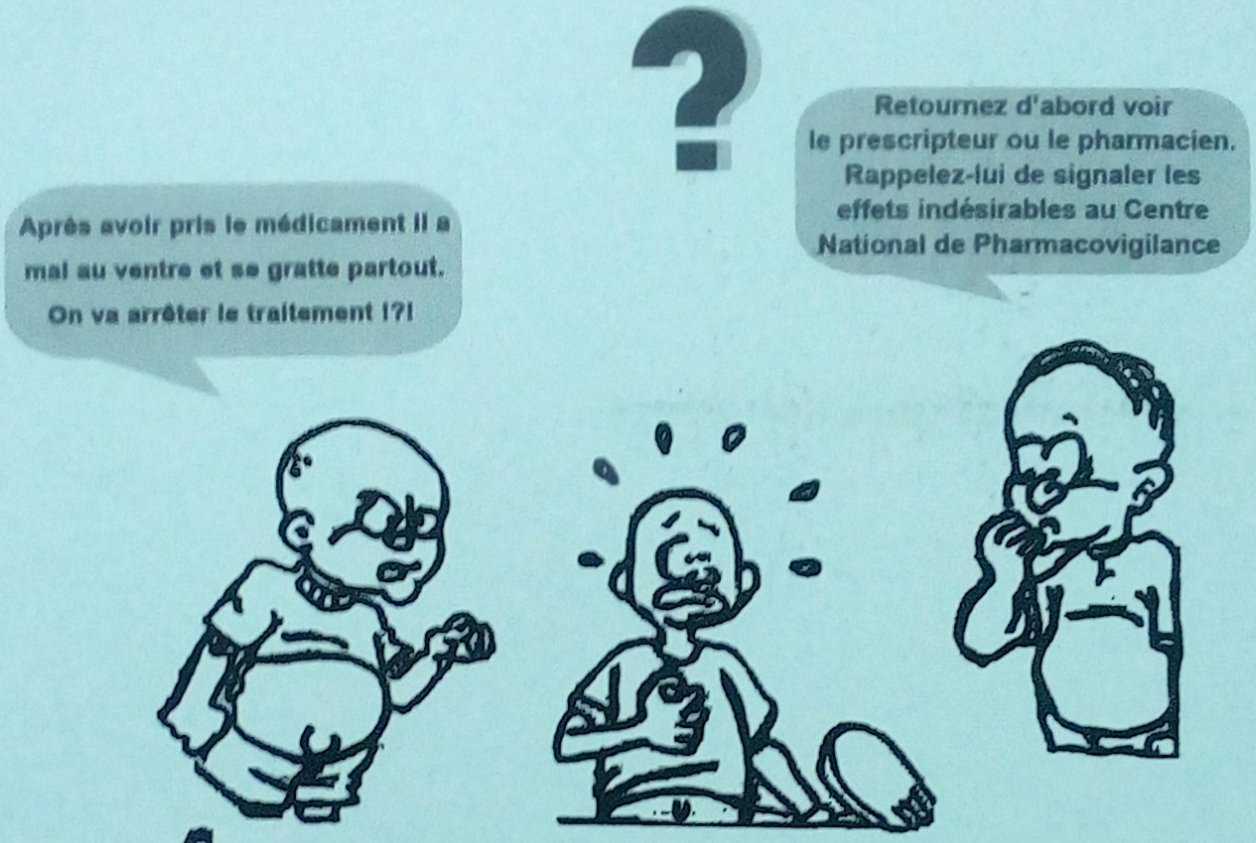
Qui pourra faire aussi bien que vous la notification des effets indésirables des médicaments chez vos patients?



Centre National de PharmacoVigilance

BP 57 Lomé
Tél. : 22 35 05 21
Fax : 22 22 07 99
cnpv.tg@hotmail.com

EVÉNEMENTS À NOTIFIER :

- effets indésirables
- intoxications
- échecs thérapeutiques
- réactions allergiques
- composition défectueuse
- problème de stabilité
- contamination suspecte
- défaut d'emballage ou d'étiquetage

PRODUITS CONCERNÉS PAR LA NOTIFICATION :

- Médicaments et autres produits de santé (vaccins, produits biologiques, produits cosmétiques, produits diététiques, dispositifs médicaux...)
- remèdes traditionnels et plantes médicinales...

NOTIFIER MÊME SI :

- vous n'êtes pas sûr que le produit soit la cause de l'effet indésirable
- vous ne disposez pas de toutes les informations au niveau de la fiche

Nom et prénom du patient : .....

Code patient (réservé au point focal) .....

PHARMACOVIGILANCE AU TOGO

FICHE DE NOTIFICATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES DES MÉDICAMENTS, VACCINS ET PRODUITS DE SANTE

PATIENT

Code patient (Réservé au point focal)	Age	Sexe	Poids (kg)	Taille (cm)	Si grossesse en cours DDR
		☐ M ☐ F			

☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Remède traditionnel ☐ Traitement chronique ☐ Autres .....

Antécédents médicaux pertinents, réaction antérieure au médicament, examens de laboratoire, commentaires (ajouter une feuille supplémentaire si nécessaire) .....

.....

.....

Adresse: .....Tél : ..... Ville/Village: ..... Préfecture: .....

MEDICAMENT (S) ET/OU PRODUIT (S) PRIS DANS LA PERIODE

Nom commercial	Fabricant	Date de péremp t	Lieu d'achat	Voie et site d'admin	Posologie	Date de prise		Motif du traitement
						Début	Fin	

Cochez en cas de: ☐ Automédication ☐ Pharmacodépendance ☐ Erreur thérapeutique

Si vaccin: lequel? ..... Fabricant : ..... n° de lot: *vaccin* ..... *solvant* .....

Lieu de vaccination: ☐ public ☐ privé ☐ Campagne de vaccination ☐ Précisez .....

EVENEMENT (S) INDESIRABLE (S)

Description de l'évènement indésirable : .....

.....

.....

.....

Date d'apparition : (si delai < 24h, préciser ..... heures .....minutes .....secondes

Evolution

☐ Guéri ☐ Complications

☐ Pas encore guéri ☐ Séquelles

☐ Décès ☐ Pronostic vital

Prise en charge

☐ Hospitalisation ☐ Prolongation d'hospitalisation

☐ Traitement correcteur .....

Arrêt du médicament : ☐ Oui ☐ Non

Diminution de la dose du médicament : ☐ Oui ☐ Non

Si arrêt ou diminution de dose, l'évènement indésirable a t-il : ☐ Disparu ☐ Diminué ☐ Non applicable

Au cas où vous auriez réintroduit le médicament, l'évèmenent indésirable est-il disparu ? : ☐ Oui ☐ Non

NOTIFICATEUR

Nom et prénoms	Téléphone / Fax	Date	Signature :
.....	.....	.....	

Profession : ☐ Médecin ☐ Pharmacien ☐ Assistant médical ☐ Sage femme ☐ Infirmier ☐ Autres

Région	District	Formation sanitaire	Service
.....	.....	.....	.....

L'identité du notificateur et celle du patient demeurent strictement confidentielles.

Nom et prénom du patient : .....

Code patient (réservé au point focal) .....

PHARMACOVIGILANCE AU TOGO

FICHE DE NOTIFICATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES DES MÉDICAMENTS, VACCINS ET PRODUITS DE SANTE

PATIENT

Code patient (Réservé au point focal)	Age	Sexe	Poids (kg)	Taille (cm)	Si grossesse en cours DDR
		☐ M ☐ F			

☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Remède traditionnel ☐ Traitement chronique ☐ Autres .....

Antécédents médicaux pertinents, réaction antérieure au médicament, examens de laboratoire, commentaires (ajouter une feuille supplémentaire si nécessaire) .....

.....

.....

Adresse: .....Tél : ..... Ville/Village: ..... Préfecture: .....

MEDICAMENT (S) ET/OU PRODUIT (S) PRIS DANS LA PERIODE

Nom commercial	Fabricant	Date de péremption	Lieu d'achat	Voie et site d'admin	Posologie	Date de prise		Motif du traitement
						Début	Fin	

Cochez en cas de: ☐ Automédication ☐ Pharmacodépendance ☐ Erreur thérapeutique

Si vaccin: lequel? ..... Fabricant : ..... n° de lot: *vaccin* ..... *solvant* .....

Lieu de vaccination: ☐ public ☐ privé ☐ Campagne de vaccination ☐ Précisez .....

EVENEMENT (S) INDESIRABLE (S)

Description de l'évènement indésirable : .....

.....

.....

.....

Date d'apparition : (si delai < 24h, préciser ..... heures .....minutes .....secondes

Evolution		Prise en charge	
☐ Guéri	☐ Complications	☐ Hospitalisation	☐ Prolongation d'hospitalisation
☐ Pas encore guéri	☐ Séquelles	☐ Traitement correcteur	
☐ Décès	☐ Pronostic vital		

Arrêt du médicament : ☐ Oui ☐ Non Diminution de la dose du médicament : ☐ Oui ☐ Non

Si arrêt ou diminution de dose, l'évènement indésirable a t-il : ☐ Disparu ☐ Diminué ☐ Non applicable

Au cas où vous auriez réintroduit le médicament, l'évèmenent indésirable est-il disparu ? : ☐ Oui ☐ Non

NOTIFICATEUR

Nom et prénoms	Téléphone / Fax	Date	Signature :
.....	.....	.....	

Profession : ☐ Médecin ☐ Pharmacien ☐ Assistant médical ☐ Sage femme ☐ Infirmier ☐ Autres

Région	District	Formation sanitaire	Service
.....	.....	.....	.....

L'identité du notificateur et celle du patient demeurent strictement confidentielles.

Nom et prénom du patient : .....

Code patient (réservé au point focal) .....

PHARMACOVIGILANCE AU TOGO

FICHE DE NOTIFICATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES DES MÉDICAMENTS, VACCINS ET PRODUITS DE SANTE

PATIENT

Code patient (Réservé au point focal)	Age	Sexe	Poids (kg)	Taille (cm)	Si grossesse en cours DDR
		☐ M ☐ F			

☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Remède traditionnel ☐ Traitement chronique ☐ Autres .....

Antécédents médicaux pertinents, réaction antérieure au médicament, examens de laboratoire, commentaires (ajouter une feuille supplémentaire si nécessaire) .....

.....

.....

Adresse: .....Tél : ..... Ville/Village: ..... Préfecture: .....

MEDICAMENT (S) ET/OU PRODUIT (S) PRIS DANS LA PERIODE

Nom commercial	Fabricant	Date de pérempt	Lieu d'achat	Voie et site d'admin	Posologie	Date de prise		Motif du traitement
						Début	Fin	

Cochez en cas de: ☐ Automédication ☐ Pharmacodépendance ☐ Erreur thérapeutique

Si vaccin: lequel? ..... Fabricant : ..... n° de lot: *vaccin* ..... *solvant* .....

Lieu de vaccination: ☐ public ☐ privé ☐ Campagne de vaccination ☐ Précisez .....

EVENEMENT (S) INDESIRABLE (S)

Description de l'évènement indésirable : .....

.....

.....

.....

Date d'apparition : (si delai < 24h, préciser ..... heures .....minutes .....secondes

Evolution		Prise en charge	
☐ Guéri	☐ Complications	☐ Hospitalisation	☐ Prolongation d'hospitalisation
☐ Pas encore guéri	☐ Séquelles	☐ Traitement correcteur	
☐ Décès	☐ Pronostic vital		

Arrêt du médicament : ☐ Oui ☐ Non Diminution de la dose du médicament : ☐ Oui ☐ Non

Si arrêt ou diminution de dose, l'évènement indésirable a t-il : ☐ Disparu ☐ Diminué ☐ Non applicable

Au cas où vous auriez réintroduit le médicament, l'évèmenent indésirable est-il disparu ? : ☐ Oui ☐ Non

NOTIFICATEUR

Nom et prénoms	Téléphone / Fax	Date	Signature :
.....	.....	.....	

Profession : ☐ Médecin ☐ Pharmacien ☐ Assistant médical ☐ Sage femme ☐ Infirmier ☐ Autres

Région	District	Formation sanitaire	Service
.....	.....	.....	.....

L'identité du notificateur et celle du patient demeurent strictement confidentielles.

Nom et prénom du patient : .....

Code patient (réservé au point focal) .....

PHARMACOVIGILANCE AU TOGO

FICHE DE NOTIFICATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES DES MÉDICAMENTS, VACCINS ET PRODUITS DE SANTE

PATIENT

Code patient (Réservé au point focal)	Age	Sexe	Poids (kg)	Taille (cm)	Si grossesse en cours DDR
		☐ M ☐ F			

☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Remède traditionnel ☐ Traitement chronique ☐ Autres .....

Antécédents médicaux pertinents, réaction antérieure au médicament, examens de laboratoire, commentaires (ajouter une feuille supplémentaire si nécessaire) .....

.....

.....

Adresse: .....Tél : ..... Ville/Village: ..... Préfecture: .....

MEDICAMENT (S) ET/OU PRODUIT (S) PRIS DANS LA PERIODE

Nom commercial	Fabricant	Date de péremp t	Lieu d'achat	Voie et site d'admin	Posologie	Date de prise		Motif du traitement
						Début	Fin	

Cochez en cas de: ☐ Automédication ☐ Pharmacodépendance ☐ Erreur thérapeutique

Si vaccin: lequel? ..... Fabricant : ..... n° de lot: *vaccin* ..... *solvant* .....

Lieu de vaccination: ☐ public ☐ privé ☐ Campagne de vaccination ☐ Précisez .....

EVENEMENT (S) INDESIRABLE (S)

Description de l'évènement indésirable : .....

.....

.....

.....

Date d'apparition : (si delai < 24h, préciser ..... heures .....minutes .....secondes

Evolution

☐ Guéri ☐ Complications

☐ Pas encore guéri ☐ Séquelles

☐ Décès ☐ Pronostic vital

Prise en charge

☐ Hospitalisation ☐ Prolongation d'hospitalisation

☐ Traitement correcteur .....

Arrêt du médicament : ☐ Oui ☐ Non

Diminution de la dose du médicament : ☐ Oui ☐ Non

Si arrêt ou diminution de dose, l'évènement indésirable a t-il : ☐ Disparu ☐ Diminué ☐ Non applicable

Au cas où vous auriez réintroduit le médicament, l'évèmenent indésirable est-il disparu ? : ☐ Oui ☐ Non

NOTIFICATEUR

Nom et prénoms	Téléphone / Fax	Date	Signature :
.....	.....	.....	

Profession : ☐ Médecin ☐ Pharmacien ☐ Assistant médical ☐ Sage femme ☐ Infirmier ☐ Autres

Région	District	Formation sanitaire	Service
.....	.....	.....	.....

L'identité du notificateur et celle du patient demeurent strictement confidentielles.