

Fiche de documentation pour les effets indésirables des médicaments

Allergopharma AG
Drug Safety
Bösch 104
6331 Hünenberg

Merci de remplir les champs obligatoires (*) et de compléter le formulaire avec des informations supplémentaires si possible.

Veuillez envoyer le formulaire rempli au département de la sécurité des médicaments:

E-Mail: drugsafety.ch@allergopharma.com

1. Informazioni sul segnalatore

Nom (*):	Téléphone (*): Fax: E-Mail:	le déclarant est: <input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Personne à charge <input type="radio"/> Pharmacien <input type="radio"/> Professionnels de la santé <input type="radio"/> Patient <input type="radio"/> autres: _____
-----------------	--	--

2. Informazioni sul paziente

Initialen: _____ Nom de famille, Prénom	Année de naissance: _____ aaaa	Taille: _____ (cm)
Sesso (*): <input type="radio"/> masculin <input type="radio"/> féminin	âge: _____ (ans)	Poids: _____ (kg)

3. Informazioni sul medicamento sospetto

Nom du produit (*): Composizione allergenica:	La réaction s'est produite à la dose suivante : _____ ml Force: _____ (1,2,3 o A,B) <input type="radio"/> Dosage standard <input type="radio"/> Dosage accéléré <input type="radio"/> Dosage à une intensité	Début de la thérapie: _____ JJ.MM.AAAA Indication: Voie d'application:	Dernière administration: _____ JJ.MM.AAAA
Numero di lotto:	Immunothérapie allergénique parallèle? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Nom du produit:	Composition des allergènes:
Data dell'ultima somministrazione: _____ JJ.MM.AAAA		Numéro de lot:	

Mesures prises à l'égard du médicament suspecté:
 Médicaments arrêtés Dose inchangée Dose modifiée: _____ ml / Force: _____ inconnu

4. Descrizione della reazione

Diagnostic (*): (si inconnu, veuillez indiquer les symptômes et les signes)	Début JJ.MM.AAAA	Fin JJ.MM.AAAA	Latence entre l'application et le début de la réaction	Durée de la réaction	Sortie (A)	Causalité (B)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

(A) Veuillez choisir : 1 = rétabli, 2 = amélioration, 3 = dommages permanents, 4 = non rétabli, 5 = fatal (date), 6 = inconnu

(B) Veuillez choisir : 1 = confirmé, 2 = probable, 3 = possible, 4 = improbable, 5 = non évaluable, 6 = pas de lien, 7 = inconnu

Description de la réaction:

Fiche de documentation pour les effets indésirables des médicaments

5. Traitement de la réaction

Médicaments	Nom du produit	Dosage	Type d'application
<input type="radio"/> aucun <input type="radio"/> Inconnu			
<input type="radio"/> Antihistaminiques	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Stéroïdes	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Sympathomimétiques β	_____	_____	_____
<input type="radio"/> adrénaline/épinéphrine	_____	_____	_____
<input type="radio"/> Autre, par ex. thérapie locale	_____	_____	_____

La réaction est-elle réapparue après l'interruption du traitement et la réexposition?

oui non étranger

La réaction a-t-elle diminué après l'arrêt du médicament ou la réduction de la dose?

oui non étranger

6. Gravité de la réaction

- pas grave grave, veuillez préciser:
- Mortel
 - Mettant la vie en danger
 - Nécessite une hospitalisation
 - Significatif sur le plan médical
 - Nécessite la prolongation d'une hospitalisation
 - Handicap ou invalidité permanente ou grave
 - Anomalie congénitale/malformation congénitale

7. Histoire médicale

aucun inconnu

	Début JJ.MM.AAAA	Fin JJ.MM.AAAA	persistant
Asthma: <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> étranger	_____	_____	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Autres: _____	_____	_____	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
_____	_____	_____	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
_____	_____	_____	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

8. Médicaments d'accompagnement

aucun inconnu

Médicaments	Nom du produit	Dosage	Type d'application	Début JJ.MM.AAAA	Fin JJ.MM.AAAA	Indication
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

9. Ce cas a-t-il déjà été signalé?

- non oui, veuillez préciser:
- Swissmedic
 - directement à Allergopharma
 - au service extérieur d'Allergopharma

Timbro o indirizzo:

Date du rapport:

GG/MM/AAAA

Signature du déclarant: _____
(médecin/pharmacien)