

## QUESTIONNAIRE SPECIFIQUE DE DECLARATION D'EFFET INDESIRABLE SUSCEPTIBLE D'ETRE DUE AU VACCIN ANTI-GRIPPAL H1N1

Déclaration à adresser à :

**FORGEMI**  
455 Promenade des Anglais  
Immeuble Arénice  
06200 NICE

<b>PATIENT TRAITE</b> Nom (3 premières lettres) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Prénom (première lettre) <input type="checkbox"/> Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Département de résidence <input type="text"/> <input type="text"/>		Date de naissance <input type="text"/>  Ou  Age <input type="text"/>	S'il s'agit d'un nouveau-né, le vaccin a été administré : <input type="checkbox"/> au nouveau-né <input type="checkbox"/> lors de l'allaitement <input type="checkbox"/> chez la mère durant la grossesse <input type="checkbox"/> Trimestre de grossesse : inscrire 1, 2 ou 3	<b>COORDONNEES DU PRATICIEN DECLARANT</b>  Le médecin déclarant est le médecin prescripteur oui <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Antécédents / Facteurs favorisants :				

Nom du vaccin	Nombre d'injections	Date 1 <sup>ère</sup> injection	Date 2 <sup>ème</sup> injection	Motivation de vaccination
<input type="checkbox"/> Réaction après la première injection		<input type="checkbox"/> Disparition de la réaction avant la deuxième injection		
<input type="checkbox"/> Réaction après la deuxième injection		<input type="checkbox"/> Réapparition de la réaction après la deuxième injection		

Effet	Gravité	Evolution
Département de survenue <input type="text"/> <input type="text"/>		
Date de survenue :	<input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Incapacité de travail <input type="checkbox"/> Invalidité permanente <input type="checkbox"/> Mise en jeu du pronostic vital <input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Guérison sans séquelle <input type="checkbox"/> Décès dû à l'effet <input type="checkbox"/> Décès sans rapport avec l'effet <input type="checkbox"/> Sujet non encore rétabli <input type="checkbox"/> Guérison avec séquelles <input type="checkbox"/> Décès auquel l'effet a pu contribuer <input type="checkbox"/> Inconnue
Durée de l'effet :		

**Nature et description de l'effet indésirable :**