

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

Déclaration à adresser à : FORGEMI 455 Promenade des Anglais Immeuble Arénice 06200 NICE			
<u>PATIENT TRAITE</u> Nom (3 premières lettres) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div> Prénom (première lettre) <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Département de résidence <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div>	Date de naissance <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div> Ou Age <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 2px 0;"></div>	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	<u>COORDONNEES DU PRATICIEN DECLARANT</u> 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 ^{ère} injection	Date 2 ^{ème} 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 style="width: 20px;" type="checkbox"/> <input style="width: 20px;" type="checkbox"/> Date de survenue : Durée de l'effet :	<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

Nature et description de l'effet indésirable :