***Les antidotes et antivenins sont sous surveillance accrue en ce qui concerne les effets indésirables (EI) ; c'est pourquoi nous vous prions, après chaque administration, de bien vouloir remplir le formulaire, même si aucun effet indésirable ne se manifeste.***

**Annonce d’effets indésirables suspectés d’un médicament (IE) suite à la prise d’antidotes ou d’antivenins**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Initiales du patient | | | | Date de naissance | | | | | | | | | Sexe | | | | Poids | | | EI survenu le | | | | | Durée de l’EI |
| ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° |  |  |  |  |  | ° | ° | ° | ° | ° | ° | ° | °°°°° | °°°°° |
| Prénom | | Nom | | jour | | mois | | Année | | | | | fém. | | masc. | | kg | | | jour | | mois | | Année |  |
| **Description de l’effet indésirable**  (Diagnostic, symptômes, signes cliniques et évolution): °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Délai d’apparition\* |
| °°°°° |
|  |

|  |
| --- |
| °°°°°  Aucun effet indésirable ne s'est manifesté |

|  |
| --- |
| \* Temps écoulé entre l’administration et l’EI (en heures pour les réactions aux vaccins)  si nécessaire suite au verso |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Résultats d’éventuels examens** (par ex. laboratoire avec date, histologie, evtl. joindre copies s.v.p.) : °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Mesures thérapeutiques prise pour traiter l’EI** : °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| °°°°° | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Conséquences et évolution de l’EI** | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| décès | | | hospitalisation nécessaire | | | | | | lésion ou infirmité durable | | | | | | | |
| état critique | | | hospitalisation prolongée | | | | | | grave incapacité transitoire / intérêt médical particulier | | | | | | | |
| guérison complète | | | pas encore rétabli | | | | | | autre: °°°°° | | | | | | | |
| Amélioration après interruption du traitement suspecté  oui  non  autre: °°°°° | | | | | | | | | Aggravation lors de réexposition  avec: ...............................................................................................  oui  non  autre: °°°°° | | | | | | | |
| **Médicaments suspectés (seulement Antidote et antivenin)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque déposée | N° du lot  (produits sanguins, vaccins etc) | | | | Dose  journalière | | | Mode d’  Application | | | Administration | | | | Indication | |
| du\* | au\*\* | | |
| 1. °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| 2. °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| 3. °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| **Autres médicaments administrés en même temps** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
| °°°°° |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | |  | °°°°° | °°°°° | | °°°°° | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \* Date ou durée (nombre de jours / mois / années °°°°° \*\* Date, durée ou si le traitement se poursuit : EN COURS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Autres affections ou facteurs prédisposants** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grossesse (dernières règles le : °°°°°) | | | | | | Allergies: °°°°° | | | | | | | Tabagisme : °°°°° | | | |
| Consommation d’alcool: °°°°° | | | | | | Néphropathie : °°°°° | | | | | | | Créatinine : °°°°° | | | |
| Hépatopathie (sérologies virales): °°°°° | | | | | | | | | | | | | Autre: °°°°° | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prière d’envoyer le formulaire dans une enveloppe fermée, par fax ou par e-mail au Centre Suisse d'Information Toxicologique ci-dessous. Pour l’envoi par télécopieur ne pas oublier le verso.** | | | | | |
| Expéditeur ou timbre : | |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| Nom | °°°°° | |  | Téléphone | °°°°° |
| Adresse | °°°°° | |  | Télécopieur | °°°°° |
|  | °°°°° | |  | e-mail | °°°°° |
|  | °°°°° | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| **Autres remarques** (évaluation, commentaires, copies jointes) :  °°°°° | | | | | |

|  |
| --- |
| **Senden an**  Medikamenteninformationsdienst /  Pharmacovigilance Tox Info Suisse Freiestr. 16  8032 Zürich Tel. 044 251 66 66 / Fax 044 252 88 33  [pharmakologie@usz.ch](mailto:pharmakologie@usz.ch) |

|  |
| --- |
| **Annonces sur les défauts de qualité supposés: s’adresser par téléphone, par fax ou par e-mail**  **Tél. 058 463 16 63; Fax 058 462 07 22, e-mail: market.surveillance@swissmedic.ch** |
| **Centre d’urgence pour les intoxications: s’adresser directement au Tox Info Suisse (Tél. 145)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date**: °°°°° | **Signature:** |

Suivi des modifications

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Version | Valable et définitif à partir du | Description, remarques (rédigées par l‘auteur/e) | Paraphe de l’auteur/e |
| 4.1 | 26.10.2022 | Annulation de l’archivage. | zt |
| 04 | 01.08.2015 | Adresse modifiée de „Schweizerisches Toxikologisches  Informationszentrum“ à „Tox Info Suisse“ | zt |
| 03 | 29.09.2014 | Numéros de téléphone et de fax actualisés dans le corps du document, Numéros de téléphone et de fax actualisés en pied de page, nouveau suivi des modifications inséré dans le document | sel |