Veuillez garder à l’esprit que cette déclaration ne remplace pas un entretien avec votre médecin ou votre pharmacien si

des effets indésirables présumés ou un incident vous préoccupent.

Les champs obligatoires sont marqués d'une étoile rouge \*. Un traitement de votre message n'est possible que si ces champs sont remplis.

**Personne concernée**

Âge en années \* Âge

Sexe de la personne \* [ ]  m [ ]  w [ ]  div. Poids en kg Poids Taille en cm Taille

**Vaccin**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du vaccin contre leCOVID-19 administré\***¹** | Désignation du lot **¹** | Date de la premièrevaccination \* | Le cas échéant, date dela deuxième vaccination | Le cas échéant, date dela troisième vaccination | Cause présumée del'effet secondaire |
| Vaccin | Lot | X | X | Date | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Vaccin | Lot | X | Date | X | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Vaccin | Lot | Date | X | X | [ ]  Oui [ ]  Non |

**¹**(Figure notamment sur le certificat de vaccination)

**Effet secondaire**

|  |  |
| --- | --- |
| Quel effet secondaire est survenu? Veuillezdécrire l'effet secondaire avec le plus de détailspossible (symptômes, diagnostic/constatations,traitement, évolation). \* | Effet secondaire |

À quelle date l'effet secondaire est-il survenu pour la première fois? Date

À quelle date l'effet secondaire est-il survenu pour la dernière fois? Date

Quel est votre état de santé actuel (veuillez cocher un seul champ)?

[ ]  Rétabli-e

[ ]  Meilleur état général

[ ]  Pas rétabli-e

[ ]  Séquelles permanentes

[ ]  La personne touchée est décédée

[ ]  Inconnu

Le ou les effets secondaires ont entraîné des problèmes de santé (cochez ce qui convient)

[ ]  non graves

[ ]  sévères

Si cela est grave, veuillez indiquer la raison

[ ]  mettant en jeu le pronostic vital

[ ]  conduisant à une hospitalisation

[ ]  conduisant au décès de la personne concernée

**Informations complémentaires**

Étiez-vous enceinte lors de votre vaccination contre le COVID-19? [ ]  Oui [ ]  Non

Avez-vous été vaccinée contre le COVID-19 pendant que vous allaitiez? [ ]  Oui [ ]  Non

Buvez-vous de l'alcool? [ ]  Non [ ]  Rarement [ ]  Souvent

Fumez-vous? [ ]  Non [ ]  Par le passé [ ]  Oui

|  |  |
| --- | --- |
| Avez-vous des allergies (alimentaires, à desmédicaments ou à certains pollens, p. ex)? | Allergies |
| Avez-vous des pathologies, préexistantes (p.ex. diabète, hypertension artérielle, troubles de la fonction rénale, maladie hépatique, cancer)? | Pathologies |

**Prenez-vous d'autres médicaments? (Traitements concomitants)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du médicament(tel. qu'indiqué surl'embllage) | Formepharmaceutique(comprimé, gouttes,injection, onguent,suppositoire, patch) | Posologie(par jour,p.ex.) | Début dutraitement | Fin dutraitement | Raison de laprise(hypertension,p. ex.) | Causeprésumée del'effetsecondaire |
| Médicament | Forme pharmaceutique | Posologie | Date | Date | Raison | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Médicament | Forme pharmaceutique | Posologie | Date | Date | Raison | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Médicament | Forme pharmaceutique | Posologie | Date | Date | Raison | [ ]  Oui [ ]  Non |

**Coordonnées de la personne déclarante**

|  |  |
| --- | --- |
| E-mail  | E-mail |
| Téléphone  | Téléphone |

L'effet secondaire:

[ ]  me concerne [ ]  concerne mon enfant [ ]  concerne un membre de la famille Membre de la famille

**Transmettre la déclaration**

|  |  |
| --- | --- |
| Swissmedic traite les données personnelles transmises dans le présent formulairede déclaration conformément aux dispositions des art. 61 ss LPTh. Toutes lespersonnes chargées du traitement des données sont soumises à l'obligation degarder le secret. Si possible, les données personnelles sensibles sontanonymisées. | Date du dépôt \* Date |

Pour la transmission à Swissmedic, veuillez utiliser les informations suivantes

Adresse e-mail: vigilance@swissmedic.ch

Objet: Covid-19 Impfstoff Meldung