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 le  COVID-19 administré\***¹** | Désignation du lot **¹** | Date de la première  vaccination \* | Le cas échéant, date de  la deuxième vaccination | Le cas échéant, date de  la troisième vaccination | Cause présumée de  l'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? Veuillez  décrire l'effet secondaire avec le plus de détails  possible (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 des  médicaments 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 sur  l'embllage) | Forme  pharmaceutique  (comprimé, gouttes,  injection, onguent,  suppositoire, patch) | Posologie  (par jour,p.  ex.) | Début du  traitement | Fin du  traitement | Raison de la  prise  (hypertension,  p. ex.) | Cause  présumée de  l'effet  secondaire |
| 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 formulaire  de déclaration conformément aux dispositions des art. 61 ss LPTh. Toutes les  personnes chargées du traitement des données sont soumises à l'obligation de  garder le secret. Si possible, les données personnelles sensibles sont  anonymisées. | Date du dépôt \* Date |

Pour la transmission à Swissmedic, veuillez utiliser les informations suivantes

Adresse e-mail: [vigilance@swissmedic.ch](mailto:vigilance@swissmedic.ch)

Objet: Covid-19 Impfstoff Meldung