SIGNALEMENT DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES
(à remplir aussi complètement que possible)

Confidentiel

No.: **Rapport ID:**

DESCRIPTION DE LA RÉACTION			
DÉBUT RÉACTION INDÉSIRABLE	**JOURNÉE**	**MOIS**	**ANÉE**
	sélectionner	sélectionner	sélectionner
PLUS COURT QU'UN JOUR	**HEURES**	**MINUTES**	
	sélectionner	sélectionner	
La réaction indésirable à comme conséquence une des situations graves suivantes			
○ oui ◉ no	☐ décès ☐ vie en danger ☐ hospitalisation ☐ anomalie congénitale ☐ invalidité permanente ☐ autres anomalies graves		
DESCRIPTION DE LA RÉACTION ET DE SON ÉVOLUTION			

MÉDICAMENT UTILISÉ			
Médicament:			
Fabricant/Titulaire:		Pays d'origine:	sélectionner
DÉBUT D'UTILISATION DU MÉDICAMENT	**JOURNÉE**	**MOIS**	**ANÉE**
	sélectionner	sélectionner	sélectionner

DONNÉES CLIENT			
DATE DE NAISSANCE	**JOURNÉE**	**MOIS**	**ANÉE**
	sélectionner	sélectionner	sélectionner
SEXE	○ **HOMME**	○ **FEMELLE**	
POIDS	KG		
TAILLE	cm		
GROSSESSE?	○ **OUI**	○ **NON**	
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX			

DÉCLARANT	
NOM	
ADRESSE	
CODE POSTAL	
COMMUNE	
TÉLÉPHONE	
E-MAIL	
Rélations avec client	

ANNEXES
Veuillez joindre toutes les annexes et les informations supplémentaires possibles.
Merci de mentionner les documents que vous avez envoyés:

ENVOYEZ CE FORMULAIRE À:

Orly Pharma BV. St. Jansweg 15, 5928 RC Venlo.
t.a.v. Quality Management
Par email: quality@orlypharma.com