

Annonce d'effets indésirables de médicaments

Si lors de la prise de votre médicament surviennent des effets indésirables que vous pensez être directement liés au médicament ou si vous constatez des défauts de qualité sur votre médicament, nous vous prions de bien vouloir remplir et nous retourner le questionnaire suivant et si possible le médicament concerné ou de nous contacter directement.

Informations sur le/la patient(e) concerné(e)

Nom, prénom *	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Étiquette du patient (si disponible)</div>
Rue, numéro *	.....
Code postal, ville *	.....
Date de naissance *	.....
Sexe *	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
Numéro de téléphone *	.....
E-Mail	.....
Personne de contact (si différente)	..... .....

Informations sur le médicament

Nom du médicament * (p.ex. Ramipril Mepha cpr 2.5mg)
.....

Taille de l'emballage	.....	Fabricant	.....
Lot *	.....	
Date de péremption (souvent appelée EXP) *	.....	
Date de référence (en pharmacie) *	.....	

