NOVARTIS VACCINES

FORMULAIRE DE NOTIFICATION D'EVENEMENT INDESIRABLE LIE A LA VACCINATION GRIPPALE PANDEMIQUE

Date de la notification: |__|__|__|__|__|__|__|__| Pays: _____
J J M M A A A A

Source: ☐ Médecin ☐ Pharmacien ☐ Infirmière ☐ Patient ☐ AR ☐ Autre

Informations sur sujet vacciné

Nom (Initiales): |__|__|__| Date de naissance: |__|__|__|__|__|__|__|__| ou Age : ___ Sexe: ☐ M ☐ F
J J M M A A A A

Grossesse: ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Si OUI, préciser l'âge gestationnel lors de la vaccination _____

Pathologies associées/Antécédents médicaux pertinents: ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Si OUI, préciser: _____

Traitement en cours: ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Si OUI, préciser: _____

Vaccin grippal pandémique administré

Vaccin (Nom) **Voie d'administration**	**Producteur**	**N°de lot**	**Nombre de dose**	**Date d'administration**
1. _____ IM ☐ SC ☐ Inconnu	_____	_____	☐ 1ère dose ☐ 2ème dose ☐ Unknown	|__|__|__|__|__|__|__|__|
2. _____ IM ☐ SC ☐ Inconnu	_____	_____	☐ 1 ère dose ☐ 2ème dose ☐ Unknown	|__|__|__|__|__|__|__|__|
3. _____ IM ☐ SC ☐ Inconnu	_____	_____	☐ 1 ère dose ☐ 2ème dose ☐ Unknown	|__|__|__|__|__|__|__|__|

Détails concernant l'évènement indésirable

Evènement indésirable	**Date de début**	**Date de fin**	**Description de l'évènement indésirable** (examen clinique, résultats de laboratoire) et traitements, si administrés

Sévérité: ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu

Si OUI: ☐ Susceptible de mettre la vie en danger ☐ Hospitalisation ☐ Entraîant un handicap permanent /Incapacité
☐ Anomalie congénitale ☐ Autre (e.g. médicalement significatif)

Evolution: ☐Guérison ☐ Bonne évolution ☐ pas encore rétabli
☐ Séquelles: à décrire si présentes: _____

☐ Décès Autopsie: ☐ OUI ☐ NON *Cause du décès:* _____

Rapporteur (Professionnel de santé ou sujet)

Nom: _____ Adresse: _____

Profession (uniquement professionnel de santé): _____

Téléphone: _____ Fax: _____ email: _____@_____

Please note: This data will be entered in the global Novartis Vaccines Pharmacovigilance Database and will be reported to Health Authorities, if appropriate.