

FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE APRÈS VACCINATION ANTIGRIPPALE

Date de déclaration: | | | | | | | | | |

Wilaya:

J J M M A A A A

Déclarant: Médecin Pharmacien Infirmier(e) Malade Autorité de régulation Autres :

INFORMATION SUR LE SUJET VACCINÉ

Nom: | | | | | Date de naissance | | | | | | | | | | | | | | ou Age : Sexe : M F

Initiales

J J M M A A A A

Grossesse : OUI NON Inconnu *si OUI, préciser l'âge gestationnel au moment de l'immunisation :*

Terrain/Histoire de la maladie : OUI NON Inconnu *si OUI spécifier:*

Traitement en cours: OUI NON Inconnu *si OUI spécifier:*

INFORMATION SUR LE VACCIN ADMINISTRÉ

Vaccin	Fabricant	Batch ou numéro	N° Dose	Date d'administration
--------	-----------	-----------------	---------	-----------------------

Voie d'administration : (*Nommez*)

Nombre administration

1. _____ 1ère dose 2ème dose Inconnue | | | | | | | | | |

IM SC Inconnue

2. _____ 1ère dose 2ème dose Inconnue | | | | | | | | | |

IM SC Inconnue

3. _____ 1ère dose 2ème dose Inconnue | | | | | | | | | |

IM SC Inconnue

DÉTAILS À PROPOS DES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES

Événements indésirables	Date de début	Date de la fin	Description de l'évènement indésirable (à l'examen clinique, biologique) et si traitement

Gravité : OUI NON Inconnue

Si OUI: Mettant en jeu le pronostic vital Hospitalisation Entraînant des troubles/incapacité Anomalies congénitales Autres :

Précisez :

Evolution : Guérison Amélioration Stationnaire

Séquelles : OUI NON , *Si oui décrire:*

Mortelle : Autopsie OUI NON Cause de la mort :

LE DÉCLARANT (Professionnel de santé ou consommateur)

Nom : _____ Code postal : _____

Profession (seulement les professionnels de santé) : _____

N° Tel : _____, N° Fax : _____ Email : _____ @ _____

Adresse : _____

Signature :

VEUILLEZ ENVOYER CETTE DECLARATION

N° Fax: 021 36 36 71, 021 36 37 91 e-mail: [cnpm @ cnpm.org.dz](mailto:cnpm@cnpm.org.dz)