

REPUBLIQUE DU SENEGAL

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

**FICHE DE NOTIFICATION D'EFFET INDESIRABLE SUSCEPTIBLE D'ETRE DÛ A UN MEDICAMENT
OU A UN AUTRE PRODUIT DE SANTE**

VERSION Nov. 2014

PATIENT	NOTIFICATEUR
Numéro de dossier : Nom (ou Initiale) : Prénoms(ou initiales) : Date de naissance :/...../..... ou Age : Sexe F /___/ M /___/ Poids : Taille :cm Antécédents /Facteurs associés : (si grossesse précisez la DDR.)	Nom et prénoms : Médecin /___/ Pharmacien /___/ Dentiste /___/ Infirmier /___/ Sage-femme /___/ Autres /___/ (à préciser) Spécialité (à préciser) : Téléphone : Fax : Email : Structure/Service :

MEDICAMENTS PRIS							
	Nom commercial (ou DCI) /dosage/forme	Voie	Posologie	Date et heure de début de prise	Date de fin de prise si arrêt	Nom du Fabricant	N° de lot
1							
2							
3							
4							
5							

Prise de plantes médicinales : oui non

Si oui, précisez le nom local et la partie utilisée :

Antécédents de traitement médicamenteux :	Pour quelle(s) pathologie(s) ces médicaments avaient été prescrit(s) ?
Description de l'effet :	Date et heure d'apparition de l'effet :/...../..... / à..... Date et heure de disparition de l'effet : .../...../..... à..... Réadministration Oui /___/ non /___/ NA /___/ Réapparition de l'effet en cas de ré administration : Oui /___/ Non /___/ Traitement correcteur Oui : /___/ Non : /___/ <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> (Si oui préciser) </div> Suivi du patient Suivi ambulatoire /___/ Hospitalisation /___/ Référence /___/ Autres /___/ (à préciser) Evolution Guérison sans séquelle /___/ Guérison avec séquelle /___/ Décès /___/ Inconnue /___/

Date _____
Signature et cachet

INSTRUCTIONS DE REMPLISSAGE

ANTECEDENTS /FACTEURS ASSOCIES :

Préciser si le malade présente des antécédents de maladies comme le diabète , l'hypertension artérielle, l'asthme , la drépanocytose etc....et/ou des facteurs de risque comme le tabac, l'alcool , une photosensibilité, une grossesse, un traitement en cours ou chronique etc....

MEDICAMENTS:

Les médicaments pris par le patient dans la période de survenue de l'effet indésirable, doivent être indiqués. Préciser le « nom commercial du médicament et/ou sa dénomination commune internationale (DCI), le dosage, la forme galénique (comprimés, sirop, injectables, suppositoires...), la voie d'administration (orale, IM, IV,SC...), la posologie (dose à laquelle le médicament a été pris), la date de début de prise du médicament, la date d'arrêt de prise, le fabricant et le numéro de lot du médicament.

ANTECEDENTS DE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX : (médicaments pris auparavant)

Hormis les derniers médicaments pris par le malade, rapporter si possible, les médicaments que le patient a eu à prendre des semaines avant ce traitement qu'il lui a été administré.

POUR QUELLE(S) PATHOLOGIE(S) LES MEDICAMENTS ONT ETE PRESCRIT(S) ?

Il s'agira de dire les raisons pour lesquelles, ce traitement a été administré. Par ex. paludisme, mycoses, abcès, tuberculose, amibiase etc...

DESCRIPTION DE L'EFFET :

Décrire les manifestations cliniques et/ou biologiques que vous avez constatées chez le malade. Préciser la date d'apparition de l'effet après la prise du médicament, la date de disparition de l'effet. Si l'effet réapparaît après une réadministration du produit coché oui. Si l'effet ne réapparaît pas malgré la réadministration du produit, il faut cocher non. S'il n'y a pas eu de réadministration du produit, cocher pas de réadministration. Il faut noter qu'il est dangereux de réadministrer un médicament qui a causé des effets indésirables graves.

DECISION PRISE :

après avoir constaté l'effet, préciser si le malade est « suivi en ambulatoire », ou « hospitalisé » ou bien « référé » dans une autre structure. S'il y a une autre décision différente de celles précitées, il faut cocher « autre » et préciser la décision.

TRAITEMENT CORRECTEUR :

Si vous avez donné un traitement pour corriger l'effet il faudra cocher « OUI » et préciser le traitement correcteur donné au malade. Si aucun traitement n'a été administré, cocher « NON ».

ÉVOLUTION :

Renseigner des modalités évolutives de l'effet indésirable en cochant une des cases suivantes selon le cas : « guéri sans séquelle », « guéri avec séquelle », « décède » ou « inconnu ».

CIRCUIT DE TRANSMISSION DES NOTIFICATIONS

- Les Postes et Centres de santé envoient leurs notifications aux Districts Sanitaires qui transmettent aux Régions Médicales qui recueillent l'ensemble des notifications de la région pour les acheminer au programme de santé concerné ou à la direction de la pharmacie et du Médicament.
- Les Hôpitaux, Cliniques, Cabinets médicaux, Entreprises, Garnisons, Pharmacies Régionales d'Approvisionnement et Officines privées transmettent les notifications au district sanitaire.
- La Région Médicale transmet les notifications à la Direction de la Pharmacie et du Médicament
- Toutes les notifications sont recueillies à la direction de la Pharmacie et du Médicament sont transmis au Centre Anti Poison (comité technique) qui est chargé de faire l'imputabilité.

POUR TOUTES INFORMATIONS CONTACTEZ

- Direction de la Pharmacie et du Médicament 153 rue Moussé Diop x V. Hugo tél. (+221)338224470 Fax (+221) 338210910 BP : 6150 Dakar Etoile pharmacov@gmail.com
- Centre Anti Poison tél : 338693282 fax 338254052 capsminsante@gmail.com enceinte hôpital de Fann.
- Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) Fann Résidence, Rue Aimé Césaire, BP : 25 270 Dakar – Fann CP : 12 524 Tel : +221 33 869 07 99 Fax : +221 33 864 41 20
- Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNT) Tel 221 33 824 90 09 mobile: 77 655 76 60 BP 5899 Dakar-Fann
- Division IST/SIDA Institut d'Hygiène sociale avenue Blaise Diagne X Malick Sy BP: 7381 tél +221 33 849 14 07 fax +221 33 821 02 83