



MINISTRE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE

FICHE DE DECLARATION DE MANIFESTATION POST VACCINALES INDESIRABLES (MAPI)

PATIENT	NOTIFICATEUR
Numéro de dossier : Nom (ou Initiale) : Prénoms(ou initiales) : Date de naissance :/...../..... ou Age : Sexe F /___/ M /___/ Poids :	Prénoms et Nom:.....: Médecin /___/ Pharmacien /___/ Dentiste /___/ Infirmier /___/ Sage-femme /___/ Autres /___/ (à préciser) Spécialité (à préciser) : Téléphone : Fax : Email : Structure/Service :
<u>Antécédents /Facteurs associés :</u> 	

VACCINS PRIS									
	NOM DU VACCIN	LABORATOIRES	DATE ET HEURE DE VACCINATION	VOIE D'ADMINISTRATION	SITE D'ADMINISTRATION	PEREMPTION VACCIN	N° DE LOT VACCIN	Nombre de contacts avec le vaccin	INFORMATIONS SUR LE SOLVANT (Nom, date de péremption, n° de lot)
1									
2									
3									
4									

Vaccination : campagne routine voyages Autres.....

<u>Description de l'effet :</u> 	Date et heure d'apparition de l'effet : Date et heure de disparition de l'effet : <u>Traitement correcteur</u> Oui : /___/ Non : /___/ <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;"> (Si oui préciser) </div> <u>Suivi du patient</u> Suivi ambulatoire /___/ Hospitalisation /___/ Référence /___/ Autres /___/ (à préciser) <u>Evolution</u> Guérison sans séquelle /___/ Guérison avec séquelle /___/ Décès /___/ Inconnue /___/
--	---

Date & Signature

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....

VACCINS :

Les vaccins pris par le patient dans la période de survenue de la manifestation indésirable, doivent être indiqués. Préciser le « nom commercial du vaccin et/ou sa dénomination commune (BCG, PENTA, ROR....), la voie d'administration (orale, IM, IV,SC...), le site d'administration (Bras Gauche BG, Cuisse Droite CD...) la posologie (dose à laquelle le vaccin a été pris), la date et l'heure de prise du vaccin, le nombre de dose déjà pris, le fabricant, le numéro de lot du vaccin et les informations du solvants (s' il y a lieu).

ANTECEDENTS MEDICAMENTEUX :

Hormis les derniers vaccins pris par le patient, rapporter si possible, les médicaments que le patient a eu à prendre des semaines avant la vaccination.

DESCRIPTION DE L'EFFET :

Décrire les manifestations cliniques et/ou biologiques que vous avez constatées chez le malade. Préciser la date et l'heure d'apparition de l'effet après la prise du vaccin, la date de disparition de l'effet.

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 vaccination ou à la direction de la Pharmacie et du Médicaments (vaccins hors PEV).
- Les Hôpitaux, Cliniques, Cabinets médicaux, Entreprises, Garnisons et Officines privées transmettent les notifications à la Région Médicale.
- La Région Médicale transmet les notifications aux Programmes de Santé.
- Les notifications reçues par les programmes de santé doivent être transmises à la direction de la pharmacie et du médicament.
- Pour les vaccins « en dehors des programmes de santé », la Région Médicale transmet les notifications directement à la Direction de la Pharmacie et du Médicament.
- Toutes les notifications sont recueillies à la Direction de la Pharmacie et des Laboratoires sont transmis au Centre Anti Poison (comité technique) qui est chargé de faire l'imputabilité.

POUR TOUTES INFORMATIONS CONTACTEZ

- *Direction de la Prévention Médicale, rue Aimé Césaire Fann résidence tel : (+221)338694231 et Fax (+221)338694209*
- *Direction de la Pharmacie et des Laboratoires 153 rue Moussé Diop x V. Hugo tél. (+221)338224470 Fax (+221) 338210910 BP : 6150 Dakar Etoile*
- *Centre Anti Poison enceinte hôpital de Fann, email : capsminsante@gmail.com tél : 338693282 fax 338254052.*