

Conduite adoptée

Arrêt de traitement : **oui** **non** **lequel** :.....
 Changement de dose : **oui** **non** Si oui, préciser : -----
 Traitement correcteur : **oui** **non** Si oui, préciser : -----
 A-t-il provoqué une amélioration : **oui** **non**

Ré administration : oui non Quels médicaments : -----
 Réapparition de l'événement indésirable: oui non

Gravité : **oui** **non**

-Hospitalisation -Prolongation d'hospitalisation - Mise en jeu du pronostic vital
 -Décès : **oui** causes : ----- **non** -Malformation congénitale

Evolution

Guérison Séquelles
 Décès Sujet non encore rétabli Inconnue

Notificateur

Institution Public Privé Commune..... Département Sanitaire :.....
 Médecin Généraliste Médecin Spécialiste Chirurgien dentiste Pharmacien Infirmier Autre (préciser):.....
 Nom, prénom :.....
 Tel : Email.....
Date de notification :..... /..... /..... *Signature du Notificateur* :

Commentaires supplémentaires

.....

 Signature:.....

A retourner à la DPM/MT-MSPP, Adresse: #1, angle rue Jacques Roumain et Ave Maïs Gâté
Tel: +509 4039-9803 Email: pharmacovigilance.dpmmt@mspp.gouv.ht

La déclaration d'un évènement indésirable est le seul moyen de s'assurer de l'innocuité des médicaments pour améliorer la sécurité des patients