MINISTÈRE DE LA SANTE
SECRETARIAT GENERAL
INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE
CENTRE NATIONAL DE REFERENCE DE PHARMACOVIGILANCE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

FICHE DE NOTIFICATION DES EVENEMENTS INDESIRABLES DUS AUX MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS DE SANTE A USAGE HUMAIN

Fiche N° : ☐☐☐☐ **Date de réception au CNRP / / / 20…..**

Patient :
Nom: (2 premières lettres) Prénoms (3 premières lettres) :
Date de naissance : ____ _ Sexe : M ☐ F ☐ Poids : Kg Taille : *cm*
Grossesse : oui ☐ non ☐ (si oui, préciser l'âge de la grossesse : ……) la DDR :
Adresse : ……../Tel :…….
Antécédents/facteurs favorisants

Identification du médicament ou produits de santé à usage humain/ administré (lister tous les médicaments ou autres produits de santé)							
Nom Commercial et/ ou DCI Dosage	Posologie/Voie d'administration	Date de début	Date d'arrêt	Numéro de lot	Date de péremption	Nom du fabricant	Motif d'administration

Mode d'obtention des produits suspects :
Prescription médicale /____/ Automédication /____/ Campagne /____/
Provenance : (préciser)…….

Si plante médicinale : (préciser) Nom : …….
Partie utilisée : Quantité utilisée :
Mode de préparation : Voie d'administration :

Evénement Indésirable (EI) :

Evénement Indésirable (EI)	Grave : oui/non	Raison gravité*	Date de début	Date de fin	Evolution à l'arrêt de traitement**	Evolution à la ré-administration***	Traitement correcteur

* : 1 = décès, 2 = hospitalisation/prolongation d'hospitalisation, 3 = mise en jeu du pronostic vital, 4 = invalidité, 5 = malformation congénitale, 6 = avortement, 7 = si autre(s) (préciser) :
** : 1 = amendement, 2 = persistance, 3 = aggravation, 4 = inconnu
*** : 1 = réapparition, 2 = non réapparition, 3 = pas de ré-administration

Notificateur :

Prénom et Nom :	***Date de notification :***
Profession :	
Etablissement de santé :	***Signature et cachet***
Téléphone/email :	