

## Annonce d'effets indésirables de médicaments

Si lors de la prise de votre médicament surviennent des effets indésirables que vous pensez être directement liés au médicament ou si vous constatez des défauts de qualité sur votre médicament, nous vous prions de bien vouloir remplir et nous retourner le questionnaire suivant et si possible le médicament concerné ou de nous contacter directement.

### Informations sur le/la patient(e) concerné(e)

Nom, prénom *	.....	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Étiquette du patient (si disponible)</div>
Rue, numéro *	.....	
Code postal, ville *	.....	
Date de naissance *	.....	
Sexe *	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
Numéro de téléphone *	.....	
E-Mail	.....	
Personne de contact (si différente)	..... .....	

### Informations sur le médicament

Nom du médicament \* (p.ex. Ramipril Mepha cpr 2.5mg)  
.....

Taille de l'emballage	.....	Fabricant	.....
Lot *	.....		
Date de péremption (souvent appelée EXP) *	.....		
Date de référence (en pharmacie) *	.....		

## Pharmacie publique

### Réclamation sur la qualité du produit

p. ex. déclaration, emballage, décomposition, coloration, confusion, turbidité, etc.  
Important ! Veuillez renvoyer le médicament à la pharmacie dans son emballage d'origine.

Quels sont les défauts de qualité constatés ?

.....

Où avez-vous stocké le médicament ?

.....

À quoi attribuez-vous les lacunes ?

.....

### Réclamations suite à des effets indésirables de médicaments

Quels ont été les effets indésirables ?

.....

Quand les effets indésirables sont-ils survenus ?

.....

Quelle est la posologie du médicament que vous avez pris/utilisé ?

.....

Depuis quand prenez-vous ce médicament ?

.....

Quels autres médicaments sont (ont été) pris/utilisés ? (si disponible, envoyer la liste des médicaments)

.....

Continuez-vous à prendre le médicament malgré les effets secondaires ?

non                       oui

\* Je certifie par la présente que j'ai rempli toutes les informations de manière conforme à la vérité.  
(Les informations que vous avez fournies seront évaluées par la pharmacie et, si nécessaire, transmises aux autorités compétentes conformément aux dispositions cantonales et nationales).

Lieu, date \* ..... Signature .....