



Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

DÉCLARATION DES RÉACTIONS INDÉSIRABLES GRAVES À UN MÉDICAMENT - CENTRE HOSPITALIER

**Consignes : Une fois le formulaire dûment rempli, le numériser ou l'envoyer par télécopieur à la pharmacie :
Hôpital Anna-Laberge : 450-699-2426 ou Hôpital du Suroît 450-377-9658, puis verser au dossier de l'utilisateur.
Pour toute question, veuillez communiquer avec le département de pharmacie.**

- 1- Centre hospitalier : ☐ Hôpital Anna-Laberge ☐ Hôpital du Suroît ☐ Hôpital Barrie Memorial
- 2- Type de déclaration : ☐ Initiale ☐ Suivi
- 3- Date de la réaction indésirable grave : aaaa/mm/jj
- 4- Médicament(s) impliqué(s) : 1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
- 5- Gravité de la réaction indésirable :
☐ A) Décès (date du décès : aaaa/mm/jj)
☐ B) Met la vie en danger
☐ C) Incapacité
☐ D) Malformation congénitale
☐ E) A causé ou prolongé l'hospitalisation de l'utilisateur
☐ F) Intervention médicale requise pour éviter (A) à (E)
- 6- Description de la réaction indésirable grave : _____

Autres informations pertinentes : _____

- 7- Évolution de la situation :
☐ Inconnue / en cours d'évolution
☐ Rétabli avec séquelles
☐ Rétabli sans séquelle
☐ Se rétablit
☐ Non rétabli
☐ Décès
- 8- Profession du déclarant : ☐ Médecin ☐ Pharmacien ☐ Infirmière ☐ Autre : _____

**Le rapport de déclaration final sera complété par le département de pharmacie puis transmis à Santé Canada
Si la réaction indésirable grave survient suite à une erreur, un rapport d'incident/accident doit être complété**

Signature et titre: _____

Date : aaaa/mm/jj