

**DÉCLARATION D'EFFETS INDÉSIRABLES
SÉVÈRES OU INATTENDUS OU
ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES**

Médicament suspecté (nom, forme, posologie): _____

Effets indésirables

Allergies médicamenteuses

Date de l'événement: _____

Date du début de la prise du RX: _____

Le médicament avait-il déjà été pris antérieurement (décrire les réactions s'il y a lieu)?: _____

Détails de la réaction actuelle: _____

Un traitement a du être instauré (si oui lequel). oui non

Degré de sévérité: Léger
 Modéré
 Sévère
 Décès

Réversibilité: Complète
 Partielle
 Nulle

Lien de causalité: Relié Possible
 Probable Peu probable

La réaction est bien connue dans la littérature. oui non

Le patient / famille ont été avisés. oui non

Désirez-vous que le pharmacien complète l'évaluation afin de produire un rapport à Santé Canada ?
 oui non

Nom du déclarant: _____ Date: _____

Ce formulaire sera conservé au dossier du patient.

Veuillez faxer le document au département de pharmacie à des fins statistiques (Fax.: 3450)