

Réservé au laboratoire

Référence du cas :	
Date de réception par le laboratoire :	(jj/mm/aa)

QUESTIONNAIRE
**DE SUIVI DÉTAILLÉ D'EFFETS INDÉSIRABLES
DU TYPE EHLERS-DANLOS**

EN CAS DE SUSPICION D'EFFET(S) INDÉSIRABLE(S) APRÈS ADMINISTRATION DE PROCYSBI®

Patient M F Initiales :

Date de naissance :

Âge au moment de l'événement :

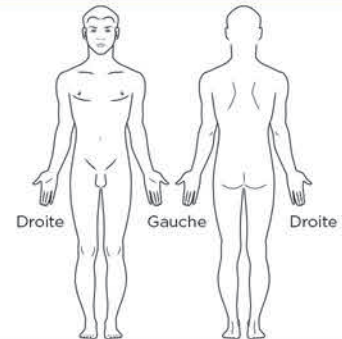
Description des effets indésirables :

Date de début : (jj/mm/aa)

Date de fin : (jj/mm/aa)

Veillez cocher pour indiquer les endroits où se trouvent les lésions de la peau selon le schéma.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ensemble du corps | <input type="checkbox"/> Bras gauche | <input type="checkbox"/> Bras droit |
| <input type="checkbox"/> Cuir chevelu | <input type="checkbox"/> Main gauche | <input type="checkbox"/> Main droite |
| <input type="checkbox"/> Visage | <input type="checkbox"/> Paume gauche | <input type="checkbox"/> Paume droite |
| <input type="checkbox"/> Poitrine | <input type="checkbox"/> Pied gauche | <input type="checkbox"/> Pied droit |
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Aisselle gauche | <input type="checkbox"/> Aisselle droite |
| <input type="checkbox"/> Organes génitaux | <input type="checkbox"/> Plante pied gauche | <input type="checkbox"/> Plante pied droit |
| <input type="checkbox"/> Dos | % de la surface corporelle atteinte : | |



Notez toute incidence sur le visage :

Notez l'apparence de la peau : Bleus Veines visibles Ruptures vasculaires Peau fine Hématome

Existe-t-il des signes de perforation intestinale ? Oui Non

Existe-t-il des signes utérins ? Oui Non

Décrivez les signes et symptômes, en précisant le délai de survenue et l'évolution :

.....

.....

Existe-t-il des antécédents médicaux tels que : Prolapsus valvulaire mitral Pneumothorax Hémoptysie

Prise en charge des effets indésirables, y compris les médicaments administrés (dose, voie et durée de traitement)

.....

.....

.....

.....

Déclarant : Médecin Pharmacien Autre :

Nom : Tél. : E-mail :

Adresse :

Code postal :

Signature : Date : (jj/mm/aa)