



Réservé au laboratoire

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

QUESTIONNAIRE

DE SUIVI DÉTAILLÉ DE SIGNES ÉVOCATEURS D'UNE ÉVENTUELLE COLOPATHIE FIBROSANTE

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

Patient M F Initiales : Description des effets indésirables :

Date de naissance :
 Âge au moment de l'événement :
 Date de début : (jj/mm/aa)
 Date de fin : (jj/mm/aa)

Une radio ou une échographie de l'abdomen ont-elles été réalisées ? Oui Non
 Si oui, quand ? (jj/mm/aa)
 Si oui, préciser les examens et les résultats :

Une coloscopie avec/sans biopsie a-t-elle été réalisée ? Oui Non
 Si oui, quand ? (jj/mm/aa)
 Si oui, préciser les examens et les résultats :

Existe-t-il des antécédents de : Douleur abdominale Distension abdominale Constipation excessive
 Diarrhée persistante Rectorragie Vomissement persistant

Chirurgie des intestins/colon : Oui Non Si oui, quel type ?

Des symptômes systémiques étaient-ils présents ? Oui Non

Merci de fournir plus d'informations dans la zone ci-dessous si vous avez répondu oui à une ou plusieurs questions :

Déclarant : Médecin Pharmacien Autre :
 Nom : Tél. : E-mail :
 Adresse : Code postal :
 Signature : Date : (jj/mm/aa)