

PRENOXAD® - Fiche de recueil des données d'utilisation

Cette fiche est anonyme et est à remplir par un professionnel, pour tout patient pour lequel vous auriez connaissance d'une utilisation du kit PRENOXAD® ou qui viendrait pour un renouvellement du kit.

Merci de retourner un exemplaire aux Laboratoires Ethypharm : par courriel (drugsafety@ethypharm.com) ou par fax (01 41 12 32 98) ou par courrier (Laboratoires Ethypharm, 179, Bureaux de la Colline Bâtiment D – 12ème étage, 92210 Saint-Cloud). Une copie est à conserver dans votre structure.

| | |
|------------------------|----------------------------|
| Nom du professionnel : | |
| Qualité : | |
| Coordonnés : | Adresse Tel Courriel |

| | | |
|-----------|-------|--|
| Patient : | Age : | Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
|-----------|-------|--|

| | |
|---|--|
| La fiche est-elle remplie dans le cadre : | D'une utilisation pour une overdose : <input type="checkbox"/> D'un renouvellement : <input type="checkbox"/> |
|---|--|

➔ Si elle est remplie dans le cadre d'une utilisation pour overdose

| | |
|---|--|
| Substance(s) responsable(s) de l'overdose : | |
|---|--|

| | |
|-------------|---|
| Evolution : | Favorable : <input type="checkbox"/> |
| | Favorable avec prise en charge complémentaire par les secours et/ou services d'urgence : <input type="checkbox"/> |
| | Décès : <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| Le patient a-t-il présenté des effets indésirables ? | Si oui : <input type="checkbox"/> Lesquels : |
|--|--|

→ Si elle est remplie dans le cadre d'un renouvellement

Pour quelle raison le kit
PRENOXAD® est-il renouvelé ?

Kit égaré :

Kit endommagé :

Kit expiré :

Kit confisqué :

Kit incomplet :

Utilisation chez un tiers :

Autre : Préciser :