

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA PHARMACIE
ET DU MEDICAMENT**Fiche de signalement d'un médicament suspecté d'un défaut qualité pouvant entraîner un risque pour la santé/sécurité du patient**

1. EMETTEUR DU SIGNALEMENT		2. PERSONNE AYANT CONSTATE LE DEFAUT	
Prénom, Nom :		Prénom, Nom :	
Fonction :		Fonction :	
Service :		Service :	
Tél :	Email :	Tél :	Email:
Adresse Complète:		Adresse Complète:	

3. MEDICAMENT CONCERNE	
Nom du produit :	DCI :
Dosage, forme pharmaceutique :	
N° de lot(s) : (indispensable pour traiter le signalement)	Date de péremption :
Nom du laboratoire fabricant:	
Provenance : (structure de santé, pharmacie, marché et autres)	
L'échantillon concerné a-t-il été conservé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, coordonnée téléphonique et nom du détenteur :	

4. DESCRIPTION PRECISE DE L'ACCIDENT, DEFAUT DE QUALITE
Date de survenue : / /
Détection du défaut : <input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Pendant <input type="checkbox"/> Après administration du médicament au patient
Description du défaut : nature, circonstances, mesures prises ...
<i>Si possible, merci de joindre une photo de l'échantillon défectueux</i>
Conséquence(s) clinique(s) sur le patient et/ou utilisateur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, lesquelles :

Signature :