

## DECLARATION DES EFFETS INDESIRABLES GRAVES

### Vos informations personnelles

Nom:

Prénom:

Téléphone:

Adresse électronique:

Adresse postale:

Code postal / Commune:

Etes vous la personne ayant présenté le(s) symptôme(s) ? sinon indiquer le nom et prénom:

Sexe (M ou F):

Date de naissance:

Antécédents médicaux (exemple: cancer du sein, Lymphome, SEP...):

Poids (réel ou estimé):

Taille (réel ou estimée):



### Indiquer la posologie par jour: ml/m2

	N° de lot	par voie intraveineuse Perfusion	Par voie orale Sirop	Par voie orale Comprimé	Date de début d'utilisation	Date de fin d'utilisation
<b>ENDOXAN 1000mg</b>						
<b>ENDOXAN 500mg</b>						
<b>ENDOXAN 50mg</b>						
<b>Cyclophosphamide 1000mg</b>						
<b>Cyclophosphamide 500mg</b>						

- **ENDOXAN** associé à d'autres médicaments dans un protocole de chimiothérapie, description:

*Exemples: Chimiothérapie FEC (Fluorouracil + Epirubicin + Cyclophosphamide)*

*Chimiothérapie BEAC (Bendamustine + Etoposide + Actinomycine + Cyclophosphamide)*

- **ENDOXAN** en prise seule: Oui Non

- **Indiquez si vous prenez d'autres médicaments ou produits**

Nom du médicament	Posologie
<i>Exemple: MESNA</i>	<i>100mg/ml solution injectable pour perfusion</i>

- **Description de l'Effet indésirable 1:**

*Exemple: fièvre, essoufflement, arythmie cardiaque, oedemes, etc.*

Date de survenue:

- **Description de l'Effet indésirable 2:**

Date de survenue:



**- Description de l'Effet indésirable 3:**

Date de survenue:

**- Conséquence de l'évènement indésirable**

**Prise en charge:**

- Pas d'action
- Consultation médicale
- Passage aux urgences sans hospitalisation
- Passage aux urgences
- Intervention du SAMU/pompiers
- Hospitalisation

**Service d'hospitalisation:**

- Service de réanimation
- Autre service:

**Durée d'hospitalisation:**

- Nombre de jours:

**Gravité:**

- Séquelle ou incapacité durable ou permanente
- Malformation ou anomalie liée à une exposition à un médicament avant la naissance
- Décès

**Coordonnées du professionnel de santé**

Nom:

Prénom:

Courriel:

Téléphone:

Adresse:

Code postal/Commune:

**Adresser votre déclaration d'effets indésirables par email: [effetssecondairesanticancereux@gmail.com](mailto:effetssecondairesanticancereux@gmail.com)  
ou par SMS/WhatsApp: +33 (0) 7 89 37 34 68**

J'autorise l'association d'Aide aux Victimes d'Endoxan Cyclophosphamide (AVEC) à transmettre ma déclaration de pharmacovigilance au centre régional de pharmacovigilance correspondant à mon lieu d'hospitalisation ou de résidence et de l'enregistrer sur le portail de signalement des évènements indésirables: [https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig\\_ihm\\_utilisateurs/index.html#/accueil](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil)

Un numéro d'enregistrement me sera communiqué par email. La confidentialité et la sécurité de mes données sont garanties.

Nom, prénom, signature: