

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
ENDOXAN 1000mg						
ENDOXAN 500mg						
ENDOXAN 50mg						
Cyclophosphamide 1000mg						
Cyclophosphamide 500mg						

- **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:

- Description de l'Effet indésirable 4:

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:

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

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

Nom, prénom, signature: