

Rapport d'événement indésirable

Relation avec le(la) patient(e)	
Patient(e): Initiales/ Sexe/Âge	
Nom du produit	
L'indication (raison) pour laquelle vous prenez le produit	
Dosage/Teneur (force)/Route d'administration	
Description de l'événement indésirable (symptômes, diagnostique, condition médicale)	
Évolution de l'événement (a récupéré, inchangé, a empiré, s'est amélioré, etc.)	
Prenez-vous d'autres médicaments? Si oui, veuillez fournir les noms.	
Historique médicale (inclure les allergies et les conditions médicales)	
Est-ce que vous nous autorisez à vous contacter afin d'obtenir plus de détails concernant cet événement indésirable?	
Si oui, veuillez fournir votre nom, adresse courriel (de préférence) ou numéro de téléphone.	

Veuillez s'il-vous-plaît envoyer le document à : medinfo@pendopharm.com



Pendopharm, division de Pharmascience inc.