

CENTRE NATIONAL CHALBI BELKAHIA DE PHARMACOVIGILANCE
Service de Recueil et d'Analyse des Effets Indésirables
DECLARATION DES MANIFESTATIONS POSTVACCINATION CONTRE LA COVID-19

Fiche Patient

Date de la déclaration :...../...../.....

1. Patient(e)

Nom et prénom :	Sexe :	M	F
Date de naissance :	Age :	Tel :	
Adresse :			
..... Gouvernorat :			
Email :			

2. Antécédents médicaux

Hypertension artérielle : <input type="checkbox"/> Diabète : <input type="checkbox"/> Autres à préciser :
.....

3. Date de la vaccination :/...../..... **Heure :**..... **Lieu :**.....

4. Nom du vaccin reçu :

5. Date de la survenue de la réaction post vaccinale :/...../.....

6. Réaction post-vaccinale : **Locale (site d'injection)** **Autres :**

7. Prise en charge de la réaction :

Consultation chez un Médecin/Institution sanitaire :	Non	Oui
Si oui préciser le Nom du médecin/Institution :		
Adresse du médecin/Institution :		
..... Tel :		

Vous serez contacté par un médecin expert du CNPV pour prendre en charge votre déclaration.

Votre participation au signalement de ces réactions indésirables est précieuse et bénéficiaire à tous.
