CENTRE NATIONAL CHALBI BELKAHIA DE PHARMACOVIGILANCE
Service de Recueil et d'Analyse des Effets Indésirables

FICHE DE DECLARATION DES MANIFESTATIONS POSTVACCINALES INDESIRABLES (MAPI)

***Nom du patient :** ***Adresse complète du patient :** Téléphone : Sexe : ☐M ☐F ***Date de naissance :** _ _ / _ _ / _ _ *OU Âge à l'apparition de la MAPI : ans mois jours*	***Nom du notificateur :** Institution : Fonction et Département : Adresse : Téléphone et e-mail : Date à laquelle le patient a signalé la manifestation au système de santé : _ _ / _ _ / _ _ Date d'aujourd'hui : _ _ / _ _ / _ _

Nom et adresse de l'établissement de santé (lieu ou centre de vaccination) :……..

Vaccin							***Diluant (le cas échéant)***		
***Nom du vaccin**	***Date de vaccination**	***Heure de vaccination**	Dose (1^{re},2^{e}, etc.)	***Numéro de lot**	Date de péremption	***Site d'injection‡**	Nom du diluant	***Numéro de lot**	Date de péremption

‡Site de l'injection *(haut du bras gauche, face antérolatérale de la cuisse, ou autre à préciser)*

***Manifestation(s) indésirable(s) :** ☐Réaction locale sévère (douleur/rougeur/œdème) ☐*>3 jours* ☐*au-delà de l'articulation la plus proche* ☐Abcès chaux ☐Abcès froid ☐Fièvre ≥38° C ☐Réaction anaphylactique ☐Adénopathie(s) Préciser le(s) lieu(x) :…… ☐Episode hypotonique-hyporéactif ☐pleurs/cris persistants ☐Encéphalopathie ☐Convulsions ☐*fébriles* ☐*non fébriles* ☐Autre (préciser).....	Date de début de la MAPI **:** _ _ / _ _ / _ _ Heure **:** : __ __ Description de la MAPI (signes et symptômes)** …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……

***Grave : Oui / Non;** ➔ Si oui ☐Décès ☐Pronostic vital engagé ☐Incapacité persistante ou importante ☐Hospitalisation
☐Anomalie congénitale ☐Autre manifestation médicale importante (préciser).....

***Evolution** ☐En cours de guérison ☐Guéri ☐Guéri avec des séquelles ☐Non guéri ☐inconnue

☐Décédé Si décédé, date du décès : _ _ / _ _ / _ _ Autopsie effectuée : ☐Oui ☐Non ☐Inconnu

MAPI antérieure** :	☐Non	☐Oui	Si oui à préciser :……
Allergie connue à un médicament :	☐Non	☐Oui	Si oui, à préciser :……
Maladie chronique :	☐Non	☐Oui	Si oui, à préciser :……
Prise de médicaments au cours de la MAPI ou au long cours:	☐Non	☐Oui	Si oui, à préciser :……

À compléter par le niveau National/Régional :

Date de réception à la Pharmacovigilance _ _ / _ _ / _ _ ☐CNPV ou CRPV ☐Sousse/Monastir ou ☐Sfax	N° Dossier de Pharmacovigilance : N° Vigiflow :
Observations :	

(A adresser par fax au (216) 71260714 ou par mail à : effets.indesirables@rns.tn)

***Champ obligatoire**
***Utiliser une autre feuille si nécessaire*