afssaps
Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Nom ou cachet de l'association :

ACTUP PARIS
B.P. 287 - 75525 PARIS Cedex 11
Répondeur : 01 48 06 13 89
Télécopie : 01 48 06 16 74
Web : http://www.actupparis.org
CCP : 56 141 D PARIS
Siret 39489556000025 APE913E

Conformément à l'article 34 et 38 à 43 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé, veillera à préserver la confidentialité des données mentionnées sur cette déclaration. Par ailleurs, toute personne concernée par cette déclaration dispose d'un droit d'accès lui permettant d'avoir connaissance de la totalité des informations saisies la concernant et de corriger d'éventuelles données inexactes, incomplètes ou équivoques.

DECLARATION D'EVENEMENT(S) INDESIRABLE(S) LIE(S) A UN PRODUIT DE SANTE

FICHE PATIENT

Afin de recueillir les événements indésirables susceptibles d'être dus à un produit de santé et de recouper les données recueillies par notre association à celles de l'Afssaps, autorisez-vous l'association **Act Up** à transmettre à l'Afssaps l'ensemble des informations vous concernant.

❒ **OUI** ❒ **NON**

Par ailleurs, autorisez-vous l'Afssaps à prendre contact avec votre professionnel de santé.

❒ **OUI** ❒ **NON**

NB : Un événement indésirable est défini comme toute manifestation nocive et non recherchée survenant chez une personne pendant un traitement, qu'elle soit considérée ou non comme liée à un ou des médicament(s).

1 COORDONNEES DE LA PERSONNE AYANT PRESENTE L'EVENEMENT INDESIRABLE

Nom : ..... *(Complet ou 1ère lettre)* Prénom :..... *(Complet ou 1ère lettre)*

E-mail :.....@.....

Date de naissance* : I__I__I__I__I__I__IJour-Mois-Année Age : I__I__I__Ian(s) Sexe : ❒ **M** ❒ **F**

Adresse :.....

Code Postal* : I__I__I__I__I__I Commune :..... .....

* Champ obligatoire

2 COORDONNEES DU DECLARANT (si différent de la personne ayant présenté l'événement indésirable)

Nom : ..... *(Complet ou 1ère lettre)* Prénom :..... *(Complet ou 1ère lettre)*

Adresse : .....

Code Postal : I__I__I__I__I__I Commune :.....

3 MEDICAMENT(S) OU PRODUIT(S) DE SANTE SUSPECTE(S) OU NON

Produits de santé[1]	N° lot du produit	Mode d'utilisation (voie nasale, application sur la peau…)	Dose utilisée /jour	Date de début d'utilisation	Date de fin d'utilisation	Motif de l'utilisation

[1] Si vous utilisez plus de 5 produits de santé, vous pouvez continuer cette liste sur une feuille annexe.