

	TITRE	REFERENCE
	FICHE DE PHARMACOVIGILANCE	
		PAGE 1 / 1

**A RETOURNER DANS LES 24H A FRILAB SA à l'adresse mail :
pharmacovigilance@frilab.ch**

Date de réception du cas :

I. VOS COORDONNEES

NOM Prénom:
Adresse :
Pays :
Tel : Fax :
Email :

II. MEDICAMENT(S) SUSPECT(S)

Si possible, noter le(s) n° de lot et le(s) dates de péremption.
--

III. NOTIFICATEUR

NOM Prénom:
Adresse :
Pays :
Tel : Fax :
Email :

IV. PATIENT

INITIALES (3 premières lettres) :
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme Age :

V. DESCRIPTION

--