

Laboratoires FRILAB SA	FORMULAIRE FICHE DE RECUEIL D'EFFET INDESIRABLE	FOR-19.09
		Date d'application : 13.07.2025

RECEPTION CAS	
Date de réception	
Pays	
Nom / fonction collaborateur Frilab	
Laboratoire responsable du produit	

NOTIFICATEUR	
Qualité	☐ Patient ☐ Pharmacie ☐ Médecin ☐ Etablissement de santé ☐ Grossiste / distributeur ☐ Autres, préciser
Nom Prénom	
Etablissement / société	
Adresse	
Téléphone	
Email	

IDENTIFICATION DU PRODUIT	
Dénomination et forme pharmaceutique	
N° lot	
Date de péremption	

PATIENT	
Initiales (3 premières lettres)	
Sexe	☐ Homme ☐ Femme
Age	

OBJET	
Description détaillée	

Formulaire complété à envoyer à : pharmacovigilance@frilab.ch