

**SIGNALEMENT D'UN DEFAUT QUALITE
SUR UN MEDICAMENT
pouvant entrainer un risque pour la santé/sécurité du patient**

A télécopier au 01.55.87.39.22 (renseign. Tél. : 01 55 87 39 21)

1. EMETTEUR DU SIGNALEMENT	
Nom, prénom :	
Fonction :	
Service :	
Tél :	Fax :
Adresse :	

2. PERSONNE AYANT CONSTATE LE DEFAUT	
Nom, prénom :	
Fonction :	
Service :	
Tél :	Fax :
Adresse :	

3. MEDICAMENT CONCERNE (IMPLIQUE)	
Nom commercial :	
Dosage, forme pharmaceutique :	
N° de lot(s) : <small>(indispensable pour traiter le signalement)</small>	Date de péremption :
Nom du laboratoire :	
Est-il prévenu :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
L'échantillon incriminé a été conservé :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, coordonnées téléphoniques et nom du détenteur :	

4. DESCRIPTION PRECISE DE L'ACCIDENT, DEFAUT DE QUALITE	
Date de survenue : / /	
Détection du défaut : <input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Pendant <input type="checkbox"/> Après administration du médicament au patient	
Description du défaut : nature, circonstances, mesures prises ...	
<i>Si possible, merci de joindre une photo de l'échantillon défectueux</i>	
Conséquence(s) clinique(s) sur le patient et/ou utilisateur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Si oui, lesquelles :	

Date : / /

Signature :