

**QUESTIONNAIRE DE L'ANSM (ex-AFSSAPS)
ET DE L'ASSOCIATION REVAHB**

Afin de recouper les données recueillies par notre association et celles recensées par l'Agence du médicament, autorisez vous l'Association REVAHB à transmettre à l'ANSM les informations suivantes ?

- Vos coordonnées
- Celles de votre médecin
- L'effet indésirable observé après vaccination
- La date de survenue de cet effet
- Le nom du vaccin et les dates d'injection

oui non

NB. En acceptant la transmission des données vous concernant au système National de Pharmacovigilance, vous pouvez si vous le désirez rester anonyme et ne préciser que les trois premières lettres de votre nom et la première de votre prénom. Cependant il sera indispensable de nous renseigner sur les autres points.

Si vous répondez « oui » à la question précédente, **merci de remplir à l'encre noire pour faciliter la reproduction** :

I. Vos coordonnées :

Nom (complet ou les 3 premières lettres, si vous souhaitez garder l'anonymat) :

Prénom (complet ou l'initiale...) :

Date de naissance :/...../..... Lieu :

Sexe : F M

Adresse (sauf si vous désirez garder l'anonymat) :

Code Postal : Commune :

II. Les coordonnées précises de médecins qui vous suivent ou vous ont suivi(e) : généraliste et/ou spécialistes : 2 noms minimum

Nom :

Adresse :

Code PostalCommune :

Téléphone :/...../...../...../...../...../...../.....

III. L'effet indésirable :

Nature : **(donner une brève description ou le diagnostic s'il est connu, ainsi que les résultats des examens complémentaires tels que typage HLA, sérologie de l'hépatite B (anticorps développés après vaccination : anticorps anti-HBS), joindre les justificatifs y compris ceux du carnet de vaccination ou autre document**

.....
.....
.....
.....
.....

Date de survenue de l'effet indésirable (correspond à la date des premiers symptômes)

Date du diagnostic fait par le médecin.....

Notification : l'effet indésirable a-t-il été signalé par vous ou votre médecin à l'une de ces structures ?

- Agence du médicament
- Centre régional de Pharmacovigilance
- Laboratoire fabricant
- Autre structure (précisez)

IV. Le Vaccin utilisé : (cocher les ou les cases concernées)

	HEVAC B	GENHEVAC B	ENGERIX B	HB VAX DNA	DATE DE VACCINATION
1 ^{ère} injection					
2 ^{ème} injection					
3 ^{ème} injection					
1 ^{er} rappel					
Autre rappel					