

QUESTIONNAIRE DE L'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'AFSSAPS les informations ci-dessous :

NB. En acceptant la transmission des données vous concernant au système National de Pharmacovigilance de l'AFSSAPS 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 ou tout simplement vos initiales. Cependant il sera indispensable de nous renseigner sur les autres points.

Merci de **remplir à l'encre noire** pour faciliter la reproduction les renseignements ci-dessous :

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 des médecins qui vous suivent ou vous ont suivi(e) : Généraliste et/ou Spécialiste :

2 noms au minimum

Nom : Nom.....

Adresse : Adresse.....

Code Postal Commune : Code Postal Commune.....

Téléphone : 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 post-vaccinale (anticorps développés après vaccination : anticorps anti-HBs), joindre les justificatifs y compris copie du carnet de vaccination, de comptes-rendus d'hospitalisation ou de résultats d'examens (typage HLA)

.....

.....

.....

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

- Laboratoire fabricant

- Centre régional de Pharmacovigilance

- Autre structure (précisez)

IV. Le ou les Vaccins utilisés et les dates d'injection : (cocher la ou les cases concernées)

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