

Observatoire des prescriptions de thalidomide
FICHE DE SUIVI POUR LES FEMMES EN AGE DE PROCREER

Ce formulaire est à compléter par le prescripteur puis par le pharmacien pour le suivi de toutes les femmes en âge de procréer traitées par thalidomide et à adresser au laboratoire par le pharmacien au moment de la dispensation de thalidomide

SUIVI N°

A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR

PATIENTE

● **Initiales de la patiente :** Nom Prénom **DATE DE NAISSANCE :** /

● **Changement de contraception** depuis la consultation précédente ? Oui Non

Si oui, contraception efficace : Oui Non Abstinence Si oui préciser :

Date de mise en place de la nouvelle contraception : / /

DATE DE LA PRESCRIPTION de thalidomide : / /

A COMPLETER PAR LE PHARMACIEN

● **Dernier test de grossesse** effectué le : / /

Résultat : Négatif Positif Non effectué

En cas de positivité, le thalidomide ne doit pas être délivré. Toute grossesse doit être déclarée au Centre Régional de Pharmacovigilance dont vous dépendez.

DATE DE LA DISPENSATION de thalidomide : / /

Veillez préciser le nom complet du produit concerné par cette dispensation :

MEDECIN	PHARMACIEN
NOM DU PRESCRIPTEUR :	NOM DU PHARMACIEN :
Hôpital (adresse) :	Hôpital (adresse) :
<i>J'atteste que les informations que j'ai fournies sont exactes.</i>	<i>J'atteste que les informations que j'ai fournies sont exactes.</i>
Date: Signature :	Date: Signature :

Si vous avez observé un évènement/effet indésirable depuis la consultation précédente, nous vous rappelons que tout effet indésirable doit être déclaré auprès de votre CRPV ou sur www.signalement-sante.gouv.fr.

Veillez s'il vous plaît envoyer cette fiche à ICTA (centre logistique de l'observatoire) :
par fax au **0 800 89 07 44** ou par email à l'adresse **observatoire.thalidomide@icta.fr**