

Fiche de pharmacovigilance – atteintes neurologiques et bismuth

Notificateur

Dr Pr Nom - Prénom : _____
 Adresse: _____
 Tel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| e-mail : _____
 Spécialité : médecine générale neurologie
 autre, préciser : _____

Cachet du Médecin

Patient

Informations générales du patient

Nom : |_|_|_|_| Prénom : |_|_|_|_| Départ. résidence : |_|_|_|_|
(minimum 3 1ères lettres)
 Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (jj/mm/aaaa) (ou âge : |_|_|) Sexe : F M
 Poids : |_|_|_|_| kg Taille : |_|_|_|_| cm Profession : _____

Antécédents du patient – en particulier neurologique (préciser si en cours)

Neurologique

Autre

--	--

Exposition professionnelle ou cosmétique au bismuth : non oui, préciser :

Médicaments pour la prise en charge de l'éradication de *H. Pylori*

Spécialité ou DCI	voie adm.	date début	date fin	posologie
<input type="checkbox"/> Pylera®		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> NA	
Inhibiteur de la pompe à protons (IPP)				
<input type="checkbox"/> Oméprazole		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> NA	
<input type="checkbox"/> autre :		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> NA	

Autre(s) Médicament(s) concomitant(s) (noter tous les médicaments pris au moment des premiers signes)

Spécialité ou DCI	voie adm.	date début	date fin	posologie	indication
		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> NA		
		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> NA		
		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> NA		
		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ <input type="checkbox"/> NA		

Description de l'événement indésirable

Prodromes non oui, préciser date apparition : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ou période : |_|_| jours
 troubles mémoire insomnie céphalées secousses musculaires
 troubles du comportement autre, préciser : _____

Phase aiguë - Description des signes ci-dessous

date de début |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Examen clinique date |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Examen neurologique date |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

--	--

Evénements d'intérêts en cas de suspicion d'encéphalopathie pour une demande de dosage du bismuth

Cocher les cases correspondantes aux événements présentés par le patient

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> myoclonies | <input type="checkbox"/> troubles de l'humeur |
| <input type="checkbox"/> syndrome cérébelleux | <input type="checkbox"/> délire |
| <input type="checkbox"/> convulsions | <input type="checkbox"/> mémoire (troubles de -) |
| <input type="checkbox"/> tremblements | <input type="checkbox"/> concentration (difficulté de -) |
| <input type="checkbox"/> marche (troubles de la -) | <input type="checkbox"/> idéation (ralentissement de -) |
| <input type="checkbox"/> dysarthrie | <input type="checkbox"/> obnubilation |
| <input type="checkbox"/> écriture (troubles de -) | <input type="checkbox"/> confusion |
| <input type="checkbox"/> sphincters (troubles des -) | <input type="checkbox"/> hallucinations |
| <input type="checkbox"/> autre : préciser : _____ | <input type="checkbox"/> sommeil (troubles du -) |

Evolution à la date du |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- régression complète le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- amélioration, mais persistance de signes le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 préciser : asthénie troubles mémoire troubles sommeil céphalées autres : _____
- amélioration avec séquelles, préciser : _____
- absence d'amélioration décès

Critères de gravité

- décès mise en jeu du pronostic vital invalidité ou incapacité significative (séquelle) anomalie congénitale
- hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation autres événements médicalement importants

Dosage : Laboratoire : _____ Ville : _____

Date du dosage	Type de dosage	Dosage bismuth (unités)	Norme Laboratoire
_ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> LCR		

Examen(s) Complémentaire(s) :

Date d'examen	Type d'examen	Résultats
_ _ _ _ _ _ _ _ _	Ponction lombaire	
_ _ _ _ _ _ _ _ _	IRM	
_ _ _ _ _ _ _ _ _		
_ _ _ _ _ _ _ _ _		
_ _ _ _ _ _ _ _ _		

Joindre le compte-rendu d'hospitalisation et les résultats de tout examen complémentaire utile

Autres remarques

Fait à _____, le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature :