

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
 REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
 وزارة الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات  
 MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE  
 المديرية العامة للوقاية و ترقية الصحة  
 DIRECTION GENERALE DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE  
 المركز الوطني لليقظة بخصوص الأدوية والعتاد الطبي  
 CENTRE NATIONAL DE PHARMACOVIGILANCE ET DE MATERIOVIGILANCE  
**FORMULAIRE DE NOTIFICATION DE CAS DE MANIFESTATION  
 POST-VACCINALE INDESIRABLE (MPVI)**

<b>Wilaya* :</b>	<b>Etablissement public (CHU, EPH, EHS, EPSP)* :</b> <b>Etablissement privé* :</b>
<b>Nom du Patient* :</b> <b>Adresse du patient* :</b> Téléphone : Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>Date de naissance* : __/__/__</b> <b>Date de l'apparition de la MPVI* : __/__/__</b>	<b>Nom du Notificateur* :</b> Fonction : Téléphone et courriel* : Adresse : Date de déclaration* : __/__/__

Vaccin(s) administré(s)							
Type du vaccin*	Fabricant*	Date & Heure de vaccination*	Dose (1 <sup>ère</sup> , 2 <sup>ème</sup> , etc.)	Voie (ID-SC-IM-Orale)	Point d'injection (deltoïde, avant-bras, cuisse)	N° de lot*	Date de péremption

Solvant(s) administré(s)					
Solvant*		Fabricant*	N° du lot*	Date de péremption	Date et Heure de reconstitution
Du même vaccin	Autre solvant				

<b>Manifestation(s) post-vaccinale(s) indésirable(s)*</b> <input type="checkbox"/> Réaction locale sévère <input type="checkbox"/> Convulsion : <input type="checkbox"/> fébrile <input type="checkbox"/> non fébrile <input type="checkbox"/> Abscess au point d'injection <input type="checkbox"/> Lymphadénite due au BCG <input type="checkbox"/> Septicémie <input type="checkbox"/> Encéphalopathie <input type="checkbox"/> Encéphalite <input type="checkbox"/> Méningite <input type="checkbox"/> Paralysie	<input type="checkbox"/> Syndrome de choc toxique <input type="checkbox"/> Thrombocytopénie <input type="checkbox"/> Réaction anaphylactique <input type="checkbox"/> Fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ <input type="checkbox"/> Hypotonie-Hyporéactivité <input type="checkbox"/> Arthralgie/Arthrite <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée sévère <input type="checkbox"/> Cris ou pleurs persistants <input type="checkbox"/> Autre(s) (précisez) .....
<input type="checkbox"/> <b>Traitement reçu de la MPVI*</b> oui /non ; si oui lequel ? .....	
<input type="checkbox"/> <b>Hospitalisation*</b> , oui /non ; si oui précisez le motif..... indiquer l'hôpital .....	
<b>Evolution* :</b> <input type="checkbox"/> En voie de guérison <input type="checkbox"/> Guéri <input type="checkbox"/> Guéri avec des séquelles <input type="checkbox"/> Non guéri <input type="checkbox"/> Evolution inconnue <input type="checkbox"/> Décès, date du décès : __/__/__ Autopsie effectuée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnue	
Antécédents médicaux (y compris antécédents de réactions similaires ou autres allergies) * :	
Prise concomitante de médicaments ou autre substance (préciser) * :	

\* Champ obligatoire

