

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 : / /

Veuillez 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 événement/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.

Veuillez s'il vous plaît envoyer cette fiche au service en charge du médicament concerné : se reporter à la fiche contact présente sur le site internet de l'ANSM