

Déclaration d'un effet indésirable sous pharmacothérapie chinoise

(suspensions incluses) à envoyer à: *Centrum für Therapiesicherheit in der Chin. Arzneitherapie (CTCA)*, Dr. med. Axel Wiebrecht, Erster Vorsitzender, Offenbacher Str. 5, D-14197 Berlin
Tél. +49 (0)30 82704265 e-mail: axel.wiebrecht@gmx.de www.ctca.center

Initiat.pat. ____	Date de naiss. ____. ____.	Sexe f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>	Taille (cm) ____	Poids (kg) ____	App.ethnique	Grossesse mois: ____
Effets indésirables observés: apparus le: ____ . ____ . ____ Durée: ____ jours ____ sem.						
Traitement chinois interrompue le: ____ . ____ . ____ Hospitalisation? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>						
Détail de la formule de pharmacopée: (la prescription peut être jointe en annexe)	Forme*	Fabricant/ fournisseur	Administré du: au:	Dose journalière		
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
<i>*déc= décoction, gran=granulé, pdre=poudre, hydr=concentré hydrosoluble, cp= comprimé, gél= gélule, pil=pilule, teint=teinture loc=application locale, où/sous quelle forme?: _____</i>						
Lien supposé <input type="checkbox"/> certain <input type="checkbox"/> probable <input type="checkbox"/> possible avec le/les n° _____ Motif: Déjà pris précédemment: n° _____ Durée: _____ Toléré? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>						
Facteurs de risque (à préciser/quantité): Alcool <input type="checkbox"/> Allergies <input type="checkbox"/> Abus médicamenteux <input type="checkbox"/> Régime <input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Contraceptif <input type="checkbox"/> Hépatopathie <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Tabagisme <input type="checkbox"/> Autre:						

Médication occidentale (administration concomitante):	Forme*	Administré du: au:	Dose journalière
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
<i>*p.ex. comprimés, gouttes, IV/perfusion, loc=application locale, où/sous quelle forme?:</i>			
Diagnostic(s) chinois et occidental:		Diagnostic(s) secondaire(s) chinois et occidentale:	
Evolution /traitement de l'effet indésirable: Réexposition? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Evolution?			
Séquelle de l'effet indésirable: récupération complète <input type="checkbox"/> récupération partielle <input type="checkbox"/> pas encore de récupération <input type="checkbox"/> inconnu <input type="checkbox"/> décès <input type="checkbox"/>			
Autres précisions / examens préalables / exclusion d'autres causes: (si possible joindre les documents disponibles, p.ex. rapports hospitaliers, rapports médicaux)			
Autre institution/autorité informée:			
Les informations peuvent-elles être communiquées à des tiers (sans indication du thérapeute)? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Nom du rapporteur: (timbre) Dénomination officielle de la profession: Adresse: Clinique? E-mail:		Tél: Date: _____ Signature	