Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

Centre Anti Poison et
de Pharmacovigilance
du Maroc

Fiche de notification des cas de Tératovigilance Et/ou d'événement indésirable chez la femme enceinte

Date : /__/__/____ **N° d'ordre :**

Mère-Enfant : ☐ Enfant ☐ Mère

Nom et prénom : Age: ans DDR ou âge gestationnel (SA) : Adresse :…….. Localité ou ville : Téléphone :	**Antécédents et terrain :** -Personnels : -Obstétricaux : -Familiaux : Consanguinité : ☐ Oui ☐ Non **Habitudes toxiques :** Tabac:……cigarette(s) /j Alcool: ….verre(s)/j Produits illicites : …….. Autres :…… **Exposition paternelle à un produit tératogène :** ☐ Oui ☐ Non

Evénement indésirable :

Cas de Tératovigilance

☐ anomalie congénitale, ☐ avortement spontané, ☐ décès périnatal, ☐ retard de croissance intra-utérin, ☐ prématurité, ☐ mort fœtale in utero, ☐ syndrome de sevrage néonatal. ☐ souffrance néonatale ☐ autres :…….

Description clinique et /ou paraclinique :

…….
…….

Cas d'évènement(s) indésirable(s) maternel

☐ Non ☐ Oui **Description clinique et /ou paraclinique : ……**
……...
……

Date d'apparition : /__/__/____ **Délai d'apparition après la prise** : Heures /____/ Jours /____/ Mois /____/
Diagnostics différentiels éliminés : ……….
Conduite adoptée : ☐ Arrêt du produit ☐ Réduction de la dose ☐ Traitement correcteur : précisez :
Gravité : ☐ Hospitalisation ☐ Prolongation de l'hospitalisation ☐ Mise en jeu du pronostic vital ☐ Décès
Evolution : ☐ Favorable ☐ Séquelles ☐ Sujet non encore rétabli ☐ Décès ☐ Inconnue

Médicaments et autres produits de santé (par ordre de suspicion décroissant) :

Nom du produit de santé[1] et présentation	Posologie et voie d'administration	Date de début ou SA	Date d'arrêt ou SA	Indication	Modalités de dispensation (*)

(*) **Prescription médicale** (1) **Auto médication** (2) **Erreur médicamenteuse** (3) **Autre** (4) à préciser :……

Si Plante médicinale : Quantité : …….Partie utilisée : ……Prise en : ☐ Infusion ☐ Décoction ☐ Macération
Si toxique : Quantité : Type de toxique : ……Lieu d'exposition : … …**Autre(s) exposition(s)** :

Notificateur :

Nom et Prénom : Email : @ Téléphone :
☐ Généraliste ☐ Gynéco-Obstétricien ☐ Pédiatre ☐ Pharmacien ☐ Sage-femme ☐ Infirmier(e) ☐ Autre :…….
Lieu d'exercice : ☐ CHU ☐ Public ☐ Privé Ville : Région : Signature

1 : Produit de santé : médicament, vaccin, produit contraceptif, dispositif médical, produit diététique, additif alimentaire, plante, produit de la pharmacopée traditionnelle, produit homéopathique, cosmétiques

Transmettre par Courrier : Rue Lamfedel Cherkaoui BP 6671 Rabat institut- Madinat AL Irfane-Rabat –Maroc
Tél : 05 37 77 71 74 /67/69 **- 0801 000 180** **Fax** : 05 37 77 71 79 **email** site: www.capm.ma