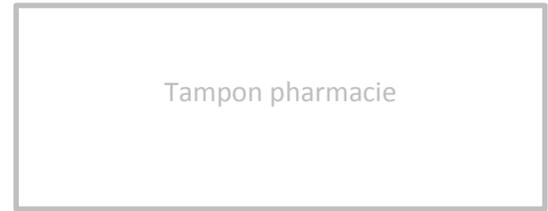


## Fiche de déclaration d'évènements indésirables sur la rétrocession

DATE DE LA DECLARATION: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



IDENTIFICATION DU DECLARANT:

PROVENANCE ET DATE DE L'ORDONNANCE:

Etablissement: \_\_\_\_\_

Non identifiable

Service: \_\_\_\_\_

Non identifiable

Date de la prescription: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Date de présentation de la prescription: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

MEDICAMENT(S) CONCERNE(S) : \_\_\_\_\_

**PROBLEME RENCONTRE:**

Sur la prescription :

- Illisibilité
- Sur le dosage ou la posologie
- Sur la durée du traitement
- Indication non conforme ou absence des prérequis de prescription (RCP...)
- Non conformité réglementaire (prescripteur non habilité, date de prescription >3 mois...)
- Modalités de prescription ou de suivi de l'ATU non respectées (oubli de renouvellement, fiche de suivi non remplie...)
- Plan de gestion des risques non respecté
- Suivi biologique non réalisé
- Problème lié au remboursement (prescription hors AMM et hors RTU...)
- Contre-indication(s), interaction(s) majeure(s) avec le traitement de ville

A préciser : \_\_\_\_\_

Autre: \_\_\_\_\_

Sur l'organisation :

- Non orientation du patient vers une PUI pour la dispensation
- Médicament non stocké dans la PUI avec une prescription à initier immédiatement
- Autre: \_\_\_\_\_

**CONSEQUENCES POUR LE PATIENT:**

- Retard dans l'initiation du traitement
- Interruption d'un traitement
- Redirection vers un autre établissement
- Autre: \_\_\_\_\_

**MODALITES D'OBTENTION DES INFORMATIONS MANQUANTES NECESSAIRES A LA DISPENSATION:**

- Au près du patient
- Au près de la famille du patient
- Au près de l'établissement de santé prescripteur

Informations données par:

- Le médecin prescripteur
- Un autre médecin
- Une IDE du service
- Une secrétaire
- La pharmacie de l'établissement

Support de l'information fournie:

- Fax
- Mail
- Courrier
- Aucun support, information orale uniquement

Facilité de contact:  Oui  Non

Commentaires (temps passé...): \_\_\_\_\_

Fiche à retourner à l'OMEDIT par mail à [Omedit.normandie@chu-rouen.fr](mailto:Omedit.normandie@chu-rouen.fr) ou par fax : 02.32.88.90.49

**ET** par mail à [frederic.bounoure@hopital-yvetot.fr](mailto:frederic.bounoure@hopital-yvetot.fr) ou par fax : 02.35.95.73.36