

**Questionnaire pour rapporter une réaction indésirable suspectée – Médecine humaine**

Heel Canada Inc.

Tel.: 1 888 879-4335

Email: [info@Heel.ca](mailto:info@Heel.ca)**1. Nom, spécialisation et adresse du thérapeute**

(Étampe de pratique)

<b>2. Initiales du patient</b>	<b>3a. Date de naissance</b>	<b>3b. Âge</b>
<b>4. Sexe</b> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	<b>5. Poids</b> kg	<b>6. Grandeur</b> cm
<b>7. Activité/occupation</b>	<b>8. Ethnicité</b>	

**9. Détails spéciaux**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> diète                              | <input type="checkbox"/> physiothérapie        | <input type="checkbox"/> enceinte (semaine?) _____  |
| <input type="checkbox"/> contraceptifs oraux                | <input type="checkbox"/> abus de drogues       | <input type="checkbox"/> allergies (SVP spécifier) _____  |
| <input type="checkbox"/> problèmes métaboliques             | <input type="checkbox"/> stimulateur cardiaque | <input type="checkbox"/> autres (SVP spécifier) _____   |
| <input type="checkbox"/> consommation régulière de nicotine | <input type="checkbox"/> radiothérapie         | <input type="checkbox"/> changement environnemental (p.ex. changement d'emploi, séparation, déménagement,...) |
| <input type="checkbox"/> consommation régulière d'alcool    | <input type="checkbox"/> chimiothérapie        |   |

**10. Donnez le nom de la préparation Heel supposée avoir causé la réaction indésirable****11. No. de lot****12. Forme d'application**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> comprimés      | <input type="checkbox"/> ampoules      | <input type="checkbox"/> vaporisateur nasal | <input type="checkbox"/> suppositoires           |
| <input type="checkbox"/> gouttes orales | <input type="checkbox"/> amp. buvables | <input type="checkbox"/> pommade            | <input type="checkbox"/> autres, SVP spécifier : |

**13. Type d'application**

- |   |                              |                               |  |  |
|---|------------------------------|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> orale          | <input type="checkbox"/> i.m | <input type="checkbox"/> i.c. | <input type="checkbox"/> péri-articulaire  | <input type="checkbox"/> autres, SVP spécifier : |
| <input type="checkbox"/> locale/topique | <input type="checkbox"/> i.v | <input type="checkbox"/> s.c. | <input type="checkbox"/> intra-articulaire |  |

**14. Dosage****15. Veuillez spécifier la maladie primaire pour laquelle la préparation Heel a été utilisée.**

**Questionnaire pour rapporter une réaction indésirable suspectée – Médecine humaine****16. Y a-t-il d'autres médicaments qui ont été utilisés pour le traitement de la maladie primaire?** non  oui (SVP spécifier)**17. Un désinfectant a-t-il été utilisé?** non  oui (SVP spécifier)**18. Un anesthésiant local a-t-il été utilisé?** non  oui (SVP spécifier)**19. Est-ce que différentes solutions ont été mélangées (gouttes orales, ampoules)?** non  oui (SVP spécifier)**20. Y a-t-il des thérapies additionnelles (p.ex. physiothérapie) qui ont accompagné le traitement de la maladie primaire?** non  oui (SVP spécifier)**21. Y a-t-il une ou plusieurs maladies existantes à part la maladie primaire?** non  oui (SVP spécifier)**22. Médicaments additionnels pour le traitement de ces autres maladie(s)?** non  oui (SVP spécifier)**23. Comment l'effet secondaire s'est-il manifesté? Durée?**

Symptôme/s, diagnostic/s	durée (heures/jours/semaines)
1.	
2.	
3.	
4.	

**24. Y a-t-il des résultats de laboratoires qui ont changé?** inconnu  non  oui (SVP spécifier)**25. Durée du traitement**

jours(s)

semaine(s)

mois

**26. À quelle date la (les) réaction(s) indésirable(s) s'est-elle (se sont-elles) manifestée(s)?**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**27. SVP spécifier l'intervalle entre le début du traitement et l'apparition de la (des) réaction(s) indésirable(s).**

heure(s)

jour(s)

semaine(s)

**28. SVP spécifier l'intervalle entre la dernière application et l'apparition de la (des) réaction(s) indésirable(s).**

**Questionnaire pour rapporter une réaction indésirable suspectée – Médecine humaine**

	heure(s)	jour(s)	semaine(s)
<b>29.</b>	<b>Est-ce que l'utilisation de la préparation Heel a été discontinuée à cause de l'apparition de l'effet (des effets) indésirable(s) ou le dosage a-t-il été changé?</b>		
	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> dosage augmenté _____	<input type="checkbox"/> oui (SVP spécifier)
	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> dosage réduit _____	<input type="checkbox"/> oui (SVP spécifier)
<b>30.</b>	<b>La (les) réaction(s) indésirable(s) a-t-elle (ont-elles) disparu après avoir discontinué l'utilisation de la préparation Heel?</b>		
	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
<b>31.</b>	<b>Y a-t-il eu une réexposition à la préparation Heel ensuite?</b>		
	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
<b>32.</b>	<b>L'effet (Les effets) indésirable(s) est-il (sont-ils) réapparu(s)?</b>		
	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
<b>33.</b>	<b>Avez-vous traité l'effet (les effets) indésirable(s) qui est (sont) survenu(s)?</b>		
	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui (SVP spécifier)	
<b>34.</b>	<b>La préparation Heel avait-elle été utilisée antérieurement?</b>		
	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
<b>35.</b>	<b>Si oui, y avait t-il eu une réaction indésirable à ce moment-là aussi?</b>		
	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui (SVP spécifier)	
<b>36.</b>	<b>Conséquences de la (des) réaction(s) indésirable(s)?</b>		
	<input type="checkbox"/> aucune	<input type="checkbox"/> prolongation d'une hospitalisation	
	<input type="checkbox"/> invalidité	<input type="checkbox"/> danger à la vie	
	<input type="checkbox"/> handicap	<input type="checkbox"/> mort du patient	
	<input type="checkbox"/> hospitalisation	<input type="checkbox"/> autres (SVP spécifier):	
<b>37.</b>	<b>Résultante de l'(des) effet(s) indésirables</b>		
	<input type="checkbox"/> rétabli	<input type="checkbox"/> inconnu	
	<input type="checkbox"/> en cours de rétablissement	<input type="checkbox"/> fatal	
	<input type="checkbox"/> non rétabli	<input type="checkbox"/> autres (SVP spécifier):	
<b>38.</b>	<b>Voyez-vous une relation de cause à effet entre l' (les) effet(s) indésirable(s) et la préparation Heel?</b>		
	<input type="checkbox"/> certaine	<input type="checkbox"/> possible	<input type="checkbox"/> aucun lien
	<input type="checkbox"/> probable	<input type="checkbox"/> peu probable	<input type="checkbox"/> indéterminable
	(Date)	(Sceau)	(Signature)