

Veillez vous assurer et confirmer que les informations essentielles suivantes sont saisies et jointes à mon dossier médical. Je vous en remercie par avance.



Données personnelles

Médecin traitant / Établissement médical	
Nom du patient	
Date de naissance	
Courriel du patient	Numéro de téléphone du patient

Détails des médicaments sur ordonnance

Médicament(s) provoquant des effets indésirables persistants	
Date de début	Date de fin
– ou encore en diminution pendant (nombre de mois)	

Détails des effets indésirables en cours

Effets indésirables observés
Diagnostic basé sur le médicament/symptomatologie
Codes système – SNOMED SCTID xxxxxxxx, (MedDRA xxxxxxxx – si vous l'avez)
Ces codes sont désormais sur la base de données principale SNOMED. S'ils n'apparaissent pas sur votre système local, vous devrez peut-être demander une mise à jour.

Signature	Date
-----------	------