

**Observatoire des prescriptions de thalidomide**  
**FICHE DE SUIVI POUR LES FEMMES EN AGE DE PROCREER**

*Ce formulaire est à compléter par le prescripteur puis par le pharmacien pour le suivi de toutes les femmes en âge de procréer traitées par thalidomide et à adresser au laboratoire par le pharmacien au moment de la dispensation de thalidomide*

**SUIVI N°** .....

**A COMPLETER PAR LE PRESCRIPTEUR**

**PATIENTE**

- **Initiales de la patiente :** Nom  Prénom       **DATE DE NAISSANCE :**  /
- **Changement de contraception** depuis la consultation précédente ?  Oui  Non  
Si oui, contraception efficace :  Oui  Non  Abstinence    Si oui préciser : .....
- Date de mise en place de la nouvelle contraception :  /  /
- DATE DE LA PRESCRIPTION** de thalidomide :  /  /

**A COMPLETER PAR LE PHARMACIEN**

- **Dernier test de grossesse** effectué le :  /  /
- Résultat :  Négatif  Positif  Non effectué
- En cas de positivité, le thalidomide ne doit pas être délivré. Toute grossesse doit être déclarée au Centre Régional de Pharmacovigilance dont vous dépendez.

**DATE DE LA DISPENSATION** de thalidomide :  /  /

Veillez préciser le nom du laboratoire commercialisant le produit concerné par cette dispensation : .....

MEDECIN	PHARMACIEN
NOM DU PRESCRIPTEUR : .....	NOM DU PHARMACIEN : .....
Hôpital (adresse) : .....	Hôpital (adresse) : .....
<i>J'atteste que les informations que j'ai fournies sont exactes.</i>	<i>J'atteste que les informations que j'ai fournies sont exactes.</i>
Date: .....      Signature :	Date: .....      Signature :

Si vous avez observé un évènement/effet indésirable depuis la consultation précédente, nous vous rappelons que tout effet indésirable doit être déclaré auprès de votre CRPV ou sur <https://signalement.social-sante.gouv.fr>.

**Veillez s'il vous plaît envoyer cette fiche à ICTA (centre logistique de l'observatoire) :**  
par fax au **0 800 088 340** ou par email à l'adresse **observatoire.thalidomide@icta.fr**