

**FORMULAIRE accompagnant le Rapport de synthèse des informations relatives aux effets indésirables
des préparations hospitalières et des préparations magistrales**

Données pharmaceutiques Pour Chaque Préparation

Nom de l'établissement pharmaceutique et coordonnées du site de production	
Nom de l'établissement pharmaceutique géré par un établissement public de santé et coordonnées du site de production.	
Nom et coordonnées de la pharmacie à usage intérieur (PUI) qui a réalisé la préparation	
Nom et mail du Pharmacien Responsable / Gérant	
Nom et mail du Responsable ou de la personne en charge de la Pharmacovigilance	
Nom de substances/solutés dans le rapport	

Données Générales sur le Rapport d'Analyse

Nom et coordonnées l'auteur du rapport	
Période couverte par le rapport	
Effets indésirables graves et/ou signal sur la période et Nom de la préparation concernée	
Indications thérapeutiques pour lesquelles un (des) signal (aux) ont été détectés	
Numéro de rapport (si applicable)	
Conclusions et recommandations du rapport : préciser si des recommandations et/ou problèmes de sécurité sont soulevées et/ou à suivre dans le prochain rapport	