



**FORMULAIRE DE DECLARATION DE REACTIONS INDESIRABLES SUITE À
L'UTILISATION D'UN COMPLEMENT ALIMENTAIRE, D'UN NOUVEL ALIMENT, D'UN
ALIMENT POUR DES GROUPES SPECIFIQUES OU D'UNE DENREE ALIMENTAIRE
ENRICHIE**

Date de déclaration :

1° Informations relatives au déclarant :

Type de déclarant : Citoyen Médecin Pharmacien Entreprise/Société¹ Autre :

Nom : Adresse :

Code postal : Ville : Téléphone² :

Adresse e-mail² :

¹Entreprise/Société = Opérateur défini par l'Arrêté royal relatif à la notification des effets indésirables liés à l'utilisation de denrées alimentaires.

²Mention **obligatoire** du numéro de téléphone ou de l'adresse e-mail.

2° Informations relatives au consommateur :

Première lettre du nom* : Première lettre du prénom* : Sexe : F H X

Âge :

- Nourrisson : 0-6 mois ; 7-12 mois
- Enfant : 1-3 ans ; 4-6 ans ; 7-11 ans ; 12-14 ans ; 15-18 ans
- Adulte : 19-70 ans ; >70 ans

Grossesse : Oui Non Ne sait pas

Information(s) médicale(s) :

(Antécédent(s), facteur(s) ou toute(s) information(s) médicale(s) pertinente(s) susceptible(s) d'avoir un lien avec l'apparition de l'effet indésirable).

3° Produit(s) contesté(s) :

	Produit 1	Produit 2	Produit 3
Nom commercial *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Marque	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entreprise/Société	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro de lot	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fonction	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Composition	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu d'achat	Magasin Pharmacie Internet Autre : <input type="text"/>	Magasin Pharmacie Internet Autre : <input type="text"/>	Magasin Pharmacie Internet Autre : <input type="text"/>

Début de consommation	<input type="text"/> <i>Mois et année au minimum.</i>	<input type="text"/> <i>Mois et année au minimum.</i>	<input type="text"/> <i>Mois et année au minimum.</i>
Fin de consommation	<input type="text"/> <i>Mois et année au minimum.</i>	<input type="text"/> <i>Mois et année au minimum.</i>	<input type="text"/> <i>Mois et année au minimum.</i>
Dose	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Disparition des effets après arrêt de l'utilisation ?	Oui Non Ne sait pas	Oui Non Ne sait pas	Oui Non Ne sait pas
Réutilisation du produit ?	Oui Non Ne sait pas	Oui Non Ne sait pas	Oui Non Ne sait pas
Réapparition des effets ?	Oui Non Ne sait pas	Oui Non Ne sait pas	Oui Non Ne sait pas

4° Description des effets indésirables :

Date de début de l'apparition des effets indésirables : *Mois et année au minimum.*

Durée des symptômes :

Description et évolution des symptômes* :

5° Consommation(s) associée(s) :

	Produit 1	Produit 2	Produit 3
Nom du produit*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type de produit	Médicament Complément alimentaire Alcool Tabac Drogue Autre :	Médicament Complément alimentaire Alcool Tabac Drogue Autre :	Médicament Complément alimentaire Alcool Tabac Drogue Autre :
Quantité	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commentaire(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6° Commentaire(s) éventuel(s) :

Des documents peuvent être joints au formulaire (étiquette du produit, analyse(s) médicale(s), photo(s)...).

(* Champs obligatoires

Les données sont traitées de manière confidentielle.

MERCI POUR VOTRE DECLARATION.

À renvoyer à : nutrivigilance@health.fgov.be ou à l'adresse : Avenue Galilée 5/2 B-1210 Bruxelles.