



**FORMULIER VOOR HET MELDEN VAN BIJWERKINGEN NA HET GEBRUIK VAN EEN
VOEDINGSSUPPLEMENT, EEN NIEUW VOEDINGSMIDDEL, EEN VOEDINGSMIDDEL VOOR
SPECIFIEKE DOELGROEPEN OF EEN VERRIJKT VOEDINGSMIDDEL**

Aangiftedatum :

1° Informatie over de aangever :

Melding door : Burger Dokter Apotheker Firma/Bedrijf¹ Andere :

Naam : Adres :

Postcode : Stad : Telefoon² :

E-mail² :

¹Firma/Bedrijf = Operator gedefinieerd door het Koninklijk Besluit betreffende de melding van de bijwerkingen verbonden aan het gebruik van levensmiddelen.

²Telefoon of e-mail moet worden ingevoerd.

2° Informatie over de consument :

Eerste letter van de naam* : Eerste letter van de voornaam* : Geslacht : V M X

Leeftijd :

- Zuigeling : 0-6 maanden ; 7-12 maanden
- Kind : 1-3 jaar ; 4-6 jaar ; 7-11 jaar ; 12-14 jaar ; 15-18 jaar
- Volwassene : 19-70 jaar ; >70 jaar

Zwanger : Ja Nee Weet niet

Medische informatie:

(Voorgeschiedenis, factor(en) of andere relevante medische informatie die in verband kan worden gebracht met het optreden van de bijwerking).

3° Betwist(e) product(en) :

	Product 1	Product 2	Product 3
Handelsnaam *	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Merk	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma/Bedrijf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lotnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Functie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Samenstelling	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aankoop	Levensmiddelenwinkel Apotheek Internet Andere : <input type="text"/>	Levensmiddelenwinkel Apotheek Internet Andere : <input type="text"/>	Levensmiddelenwinkel Apotheek Internet Andere : <input type="text"/>

Begindatum gebruik	<input type="text"/> <i>Maand en jaar tenminste.</i>	<input type="text"/> <i>Maand en jaar tenminste.</i>	<input type="text"/> <i>Maand en jaar tenminste.</i>
Einddatum gebruik	<input type="text"/> <i>Maand en jaar tenminste.</i>	<input type="text"/> <i>Maand en jaar tenminste.</i>	<input type="text"/> <i>Maand en jaar tenminste.</i>
Dosis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zijn de bijwerkingen verdwenen toen het gebruik gestopt werd ?	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet
Is het product opnieuw gebruikt ?	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet
Zijn de bijwerkingen teruggekomen ?	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet	Ja Nee Weet niet

4° Beschrijving van de ongewenste bijwerkingen :

Datum begin ongewenste bijwerkingen : *Maand en jaar tenminste.*

Looptijd van de symptomen :

Beschrijving en evolutie van de symptomen* :

5° Geassocieerde gebruik(en) :

	Product 1	Product 2	Product 3
Naam van het product*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Product type	Geneesmiddel Voedingssupplement Alcohol Tabak Drug Andere : <input type="text"/>	Geneesmiddel Voedingssupplement Alcohol Tabak Drug Andere : <input type="text"/>	Geneesmiddel Voedingssupplement Alcohol Tabak Drug Andere : <input type="text"/>
Hoeveelheid	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Opmerking(en)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6° Eventuel(e) opmerking(en) :

Bij het formulier kunnen documenten worden toegevoegd (productetiket, medische analyse(s), foto('s)...).

(*) Verplichte velden

Gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

DANK U VOOR UW VERKLARING.

Terug te sturen naar : nutrivigilance@health.fgov.be of naar het adres : Galileelaan 5/2 B-1210 Brussel.