

**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).

Hypercholestérolémie
Hypertension artérielle
Allergie à la pénicilline

3° Produit(s) contesté(s) :

	Produit 1	Produit 2	Produit 3
Nom commercial *	Plantigrade		
Marque	Plantinics		
Entreprise/Société	Plantilabo		
Numéro de lot	123/1234		
Fonction	Réduit le stress		
Composition	Glycérophosphate de magnésium ; taurine ; agents de charge : hydroxypropylcellulose ; anti-agglomérants : carboxyméthylcellulose sodique.		
Lieu d'achat	<input type="radio"/> Magasin <input type="radio"/> Pharmacie <input checked="" type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Autre : <input type="text" value="www.plantilabo.be/plantigrade"/>	<input type="radio"/> Magasin <input type="radio"/> Pharmacie <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Autre : <input type="text"/>	<input type="radio"/> Magasin <input type="radio"/> Pharmacie <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Autre : <input type="text"/>

Début de consommation	<input type="text" value="15/12/2023"/> <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" value="29/12/2023"/> <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" value="1 gélule par jour"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Disparition des effets après arrêt de l'utilisation ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas
Réutilisation du produit ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas
Réapparition des effets ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> 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* :

J'ai pris le complément alimentaire Plantigrade pendant 2 semaines. Au bout d'une semaine, je me suis sentie très fatiguée, j'ai eu des nausées et des vomissements. Pour traiter les nausées et les vomissements, mon médecin m'a prescrit du Nausitib. Après l'arrêt du complément alimentaire, les symptômes se sont arrêtés.

5° Consommation(s) associée(s) :

	Produit 1	Produit 2	Produit 3
Nom du produit*	<input type="text" value="Cigarette X"/>	<input type="text" value="Statinux"/>	<input type="text"/>
Type de produit	<input type="radio"/> Médicament <input type="radio"/> Complément alimentaire <input type="radio"/> Alcool <input checked="" type="radio"/> Tabac <input type="radio"/> Drogue <input type="radio"/> Autre : <input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> Médicament <input type="radio"/> Complément alimentaire <input type="radio"/> Alcool <input type="radio"/> Tabac <input type="radio"/> Drogue <input type="radio"/> Autre : <input type="text"/>	<input type="radio"/> Médicament <input type="radio"/> Complément alimentaire <input type="radio"/> Alcool <input type="radio"/> Tabac <input type="radio"/> Drogue <input type="radio"/> Autre : <input type="text"/>
Quantité	<input type="text" value="1 paquet par jour"/>	<input type="text" value="1 comprimé par jour"/>	<input type="text"/>
Commentaire(s)	<input type="text"/>	<input type="text" value="Traitement contre le cholestérol"/>	<input type="text"/>

6° Commentaire(s) éventuel(s) :

J'ajoute en annexe les résultats de ma prise de sang et l'étiquette du produit Plantigrade.

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.