

Veuillez garder à l'esprit que cette déclaration ne remplace pas un entretien avec votre médecin ou votre pharmacien si des effets indésirables présumés ou un incident vous préoccupent.

Les champs obligatoires sont marqués d'une étoile rouge \*. Un traitement de votre message n'est possible que si ces champs sont remplis.

**Personne concernée**

Date de naissance\*

Sexe de la personne \*  m  w  div. Poids en kg  Taille en cm

**Vaccin**

Nom du vaccin contre le COVID-19 administré* <sup>1</sup>	Désignation du lot <sup>1</sup>	Date de la première vaccination *	Le cas échéant, date de la deuxième vaccination	Cause présumée de l'effet secondaire
Vaccin	Lot	Date	Date	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

<sup>1</sup>(Figure notamment sur le certificat de vaccination)

**Effet secondaire**

Quel effet secondaire est survenu? Veuillez décrire l'effet secondaire avec le plus de détails possible (symptômes, diagnostic/constatations, traitement, évolution). *	<input type="text" value="Effet secondaire"/>
---	---

À quelle date l'effet secondaire est-il survenu pour la première fois?

À quelle date l'effet secondaire est-il survenu pour la dernière fois?

Quel est votre état de santé actuel (veuillez cocher un seul champ)?

- Rétabli-e
- Meilleur état général
- Pas rétabli-e
- Séquelles permanentes
- La personne touchée est décédée
- Inconnu

Le ou les effets secondaires ont entraîné des problèmes de santé (cochez ce qui convient)

- non graves
- sévères

Si cela est grave, veuillez indiquer la raison

- mettant en jeu le pronostic vital
- conduisant à une hospitalisation
- conduisant au décès de la personne concernée

**Informations complémentaires**

- Étiez-vous enceinte lors de votre vaccination contre le COVID-19?  Oui  Non
- Avez-vous été vaccinée contre le COVID-19 pendant que vous allaitiez?  Oui  Non
- Buvez-vous de l'alcool?  Non  Rarement  Souvent
- Fumez-vous?  Non  Par le passé  Oui

Avez-vous des allergies (alimentaires, à des médicaments ou à certains pollens, p. ex.)?	Allergies
Avez-vous des pathologies, préexistantes (p. ex. diabète, hypertension artérielle, troubles de la fonction rénale, maladie hépatique, cancer)?	Pathologies

**Prenez-vous d'autres médicaments? (Traitements concomitants)**

Nom du médicament (tel. qu'indiqué sur l'emblage)	Forme pharmaceutique (comprimé, gouttes, injection, onguent, suppositoire, patch)	Posologie (par jour, p. ex.)	Début du traitement	Fin du traitement	Raison de la prise (hypertension, p. ex.)	Cause présumée de l'effet secondaire
Médicament	Forme pharmaceutique	Posologie	Date	Date	Raison	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Médicament	Forme pharmaceutique	Posologie	Date	Date	Raison	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Médicament	Forme pharmaceutique	Posologie	Date	Date	Raison	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Coordonnées de la personne déclarante**

E-mail \*  E-mail

Téléphone \*  Téléphone

L'effet secondaire:

- me concerne  concerne mon enfant  concerne un membre de la famille  Membre de la famille

**Transmettre la déclaration**

Swissmedic traite les données personnelles transmises dans le présent formulaire de déclaration conformément aux dispositions des art. 61 ss LPT. Toutes les personnes chargées du traitement des données sont soumises à l'obligation de garder le secret. Si possible, les données personnelles sensibles sont anonymisées.

Date du dépôt \*  Date

Pour la transmission à Swissmedic, veuillez utiliser les informations suivantes

Adresse e-mail: [vigilance@swissmedic.ch](mailto:vigilance@swissmedic.ch)  
Objet: Covid-19 Impfstoff Meldung