|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Eisai SAS, réconciliation des notifications de pharmacovigilance** | | | | | | | |
| Formulaire à remplir par le Prestataire à la fin de l'étude de marché et à envoyer à l'adresse PARSafety[@eisai.net](mailto:EELPV@eisai.net) | | | | | | | |
| **Intitulé et numéro du projet :** | | |  | | | | |
| **Date :** | | |  | | | | |
| **Nom de la société prestataire :** | | |  | | | | |
| **Nom du collaborateur de la société prestataire :** | | |  | | | | |
| **Numéro de téléphone :** | | |  | | | | |
| **Adresse électronique :** | | |  | | | | |
| **Signature :** | | |  | | | | |
|  | | | | | | | |
| Le tableau qui suit est un résumé des notifications de pharmacovigilance qui ont été recueillies par la société prestataire dans le cadre de l’étude de marché. | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **N° EI** | **ID de la personne interrogée** | **ID du cas Eisai** | | **Pays de déclaration** | **Médicament** | **Informations sur l'événement indésirable** | |
| 1 |  | EC- | |  |  |  | |
| 2 |  | EC- | |  |  |  | |
| 3 |  | EC- | |  |  |  | |
| 4 |  | EC- | |  |  |  | |
| 5 |  | EC- | |  |  |  | |
| 6 |  | EC- | |  |  |  | |
| 7 |  | EC- | |  |  |  | |
| 8 |  | EC- | |  |  |  | |
| 9 |  | EC- | |  |  |  | |
| 10 |  | EC- | |  |  |  | |
| 11 |  | EC- | |  |  |  | |
| 12 |  | EC- | |  |  |  | |
| Nombre total des événements indésirables déclarés : | | | | | | |  |
| Pour tout événement supplémentaire, veuillez continuer sur un autre formulaire – merci. | | | | | | | |