|  |
| --- |
| **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 |
| **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.  |