

Date   
 Participant   
 Centre   
 Project AGE3 (24.05.2016 - 15:17:53 (CEST))

Patient   
 Adverse Event   
 Form family SAE  
 Form SAE

**Serious Adverse Event**

(24.05.2016 - 15:17:53 (CEST))

**Intitulé de l'évènement**

**Date de remplissage**  dd.mm.yyyy

**Date de début de l'évènement**  dd.mm.yyyy

**Date de fin de l'évènement**  dd.mm.yyyy  Toujours en cours

**Lieu de survenue**  À domicile  Au cabinet  À l'hôpital  Autre  Ne sais pas

**Veillez spécifier**

**S'agissait-il d'un évènement inattendu ?**  Oui  Non  Ne sais pas

**Description brève de l'évènement**

**Catégorie de l'évènement**

- Décès
- Évènement menaçant la vie du sujet
- Hospitalisation
- Prolongation d'hospitalisation
- Source persistante ou significative d'incapacité
- Nécessitant une intervention pour prévenir un dommage permanent
- Autre évènement médical important

**Lien entre l'évènement et l'intervention**

- Il est peu probable que l'évènement soit lié à l'intervention
- Il est possible que l'évènement soit lié à l'intervention
- Il est probable que l'évènement soit lié à l'intervention

**Quelles mesures ont été prises pour traiter l'évènement indésirable ?**

**Quelle a été l'issue de l'évènement ?**  Résolu  Résolu avec séquelles  En cours  Décès  Inconnue

**Type de rapport**  Initial  Suivi  Final