

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

Veuillez 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