

**QUESTIONNAIRE DE SUIVI DE L'ENFANT**

**INFORMATIONS CONCERNANT LE NOTIFICATEUR**

<b>Patiente</b> <input type="checkbox"/> <b>Prof.Santé</b> <input type="checkbox"/> Préciser la spécialité Pédiatre <input type="checkbox"/> Médecin Généraliste <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser : .....	<b>Nom</b>	<b>Adresse</b>	<b>Téléphone</b>	<b>Fax</b>

**INFORMATIONS CONCERNANT LA PATIENTE**

**Nom (2 premières lettres)** |\_\_| |\_\_|      **Prénom** .....

**Date de naissance** |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|  
                                   j    j    m    m    a    a    a    a

**INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT**

**Date de naissance** |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|      **Initiales** |\_\_| - |\_\_| |\_\_|  
                                   j    j    m    m    a    a    a    a                                    1<sup>ère</sup> lettre du prénom – 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> lettres du nom

**Sexe** : Masculin       Féminin

**ETAT DE SANTE – DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT**

**A la naissance, l'enfant a-t-il été diagnostiqué avec des anomalies ou malformations congénitales ?**

Oui     Non     Si oui, préciser: .....

*Veillez fournir en pièce jointe toute information pédiatrique médicale pertinente.*

Questionnaire complété par : \_\_\_\_\_      Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_      Signature : \_\_\_\_\_

Réservé à SPMSD    Reçu le : .....    Numéro ARISg : .....    Numéro WAES : .....

*Conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Liberté, vous et votre patiente disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant et dont nous sommes seuls destinataires.*

Merci de renvoyer ce questionnaire à : Sanofi Pasteur MSD, Département Pharmacovigilance & Gestion des Risques, Registre Grossesses  
8, rue Jonas Salk - 69367 LYON Cedex 07 ou de le faxer au 0805.858.848