

Formulaire d'Information sur l'Echantillon

Nous vous remercions d'avoir confié votre analyse de médicament ou de complément alimentaire à www.pharmanalyse.com. Votre médicament sera analysé dans notre laboratoire par des experts des analyses pharmaceutiques.

L'échantillon à analyser doit impérativement être accompagné de ce formulaire complété afin que nous disposions de toutes les informations nécessaires.

⇒ Information sur la commande

Référence de commande	
-----------------------	--

⇒ Informations générales sur le médicament

Type d'échantillon	<input type="checkbox"/> Médicament <input type="checkbox"/> Complément alimentaire
Nom commercial	
Nom générique Dénomination Commune Internationale	
Nom des principes actifs	
Dosage des principes actifs (mg, mcg (microgramme), % ou autre unité)	
Forme pharmaceutique	<input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Gélule <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Poudre <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Aspect physique	Couleur : Taille : Marquage (numéro, logo, lettre) : Odeur (si applicable) : Goût (si applicable) :
Nom du fabricant	
Numéro de lot	
Date de fabrication	
Date de péremption	

⇒ Origine du médicament

Date d'achat	
Lieu d'achat	<input type="checkbox"/> Pharmacie physique <input type="checkbox"/> Pharmacie en ligne nom du site : _____ <input type="checkbox"/> Marché / Vente informelle <input type="checkbox"/> Autre (préciser)
Pays d'origine (selon l'emballage)	
Fournisseur (si différent du fabricant)	

⇒ Informations sur l'emballage et la traçabilité

Présence de l'emballage d'origine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Type d'emballage	<input type="checkbox"/> Boîte en carton <input type="checkbox"/> Flacon <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/> Blister <input type="checkbox"/> Sachet
Code-barres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
QR Code de traçabilité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Notice présente	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Langue(s) de la notice		
Anomalies visibles	<input type="checkbox"/> Erreurs d'orthographe <input type="checkbox"/> Différences de typographie <input type="checkbox"/> Scellement altéré <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	

⇒ Historique d'utilisation

Le médicament a-t-il déjà été utilisé par un patient ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui	Réactions ou effets secondaires observés (préciser) _____ Différences perçues par rapport à des lots précédents : _____	

⇒ Raisons de l'analyse

Suspensions de contrefaçon	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Anomalies d'efficacité	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Anomalies physiques (aspect, odeur, texture)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Demande de vérification standard	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres raisons (préciser)		

⇒ Informations complémentaires (Facultatif)

Profession du demandeur	<input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Professionnel de santé <input type="checkbox"/> Industrie pharmaceutique <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Commentaires ou observations supplémentaires	