

Formularz zgłoszenia podejrzenia wystąpienia działania niepożądanego produktu leczniczego weterynaryjnego dla lekarzy weterynarii oraz służb medycznych

Dotyczy:	Imię i nazwisko osoby zgłaszającej:	Nazwisko i adres właściciela/ nr zwierzęcia*
Reakcji u zwierzęcia: <input type="checkbox"/>	Lekarz weterynarii: <input type="checkbox"/>	
Reakcji u człowieka: <input type="checkbox"/>	Farmaceuta: <input type="checkbox"/>	
Braku skuteczności: <input type="checkbox"/>	Inne: <input type="checkbox"/>	
Naruszenia okresu karencji: <input type="checkbox"/>	jakie:	
Zagrożenia dla środowiska: <input type="checkbox"/>	
	Telefon:	* w przypadku reakcji w człowieka nazwisko i adres osoby, u której wystąpiła reakcja.
	Fax:.....	

Dane pacjenta:	Zwierzę (zwierzęta): <input type="checkbox"/> Człowiek (ludzie): <input type="checkbox"/> (w przypadku reakcji u ludzi podać jedynie wiek i płeć)					
Gatunek:	Rasa:	Płeć:	Status:	Wiek:	Masa ciała:	Powód leczenia:
.....	męska <input type="checkbox"/>	sterylizowany/a <input type="checkbox"/>
.....	żeńską <input type="checkbox"/>	ciążarna <input type="checkbox"/>

Produkty lecznicze weterynaryjne podane przed wystąpieniem reakcji (jeśli podawano więcej niż 3 produkty proszę zastosować dodatkowy formularz)			
	1	2	3
Nazwa zastosowanego produktu leczniczego weterynaryjnego:			
Postać farmaceutyczna i moc: (np. tabletki 100mg)			
Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:			
Numer serii:			
Droga/miejsce podania :			
Dawka/sposób podawania:			
Długość leczenia (lub ekspozycji): Początek: Koniec:
Kto podał produkt? (lek. wet., właściciel, inne);			
Czy myśli Pani (Pan), że reakcję spowodował podany produkt?:	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
Czy powiadomiono podmiot odpowiedzialny za wprowadzenie leku do obrotu?:	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>

Data wystąpienia reakcji:/...../.....	Czas pomiędzy podaniem leku a wystąpieniem reakcji (w min./godz./dniach)	Liczba zwierząt leczonych: Liczba zwierząt, u których wystąpiła reakcja: Liczba zwierząt padłych: (poddanych eutanazji)	Czas trwania reakcji: (w min., godz. lub dniach)
---	---	--	---

Opis reakcji (reakcji u człowieka lub zwierzęcia, braku skuteczności, niewystarczającego okresu karencji, zagrożenia dla środowiska) – proszę opisać: Czy zastosowano leczenie po wystąpieniu reakcji? Jeśli tak, to jakie środki zastosowano i jaki był rezultat?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dodatkowe dane (proszę dołączyć dodatkowe dokumenty, jeśli to konieczne np. informacje o przeprowadzanych badaniach dodatkowych lub rezultaty badań lub kopie orzeczeń lekarskich, w przypadku reakcji u człowieka).

.....

.....

.....

.....

.....

REAKCJA U CZŁOWIEKA

(w przypadku reakcji u ludzi proszę wskazać rodzaj ekspozycji):

Kontakt z leczonym zwierzęciem:

Przypadkowe spożycie:

Kontakt ze skórą:

Przypadkowe wprowadzenie do oka:

Przypadkowe wstrzyknięcie: w palec w rękę w staw w inne miejsce *jakie:*

Inne (w tym także celowe podanie):

.....

Podana ilość (jeśli możliwa do oceny):

Jeśli nie zgadza się Pani (Pan) na podanie danych osobowych podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie leku do obrotu (w przypadku, gdy podmiot zwróci się o to w celu uzyskania dodatkowych informacji o reakcji), proszę zaznaczyć kratkę:

Data:	Miejscowość:	Nazwisko i podpis osoby wysyłającej:
-----------------------	------------------------------	--

Dane do kontaktu (telefon) (jeśli inne niż podane na stronie 1):