

Formblatt zur Meldung unerwünschter Ereignisse bei der Anwendung von Tierarzneimitteln

Ausgefülltes Formular zu versenden an:

Dechra Veterinary Products Deutschland GmbH
Pharmakovigilanz
Hauptstr. 6-8
88326 Aulendorf

Fax: 07525-205-188

E-Mail: phv.de@dechra.com

Nur für interne Angaben

Fall-Nummer:

| Unerwünschtes Ereignis betrifft | NAME UND ANSCHRIFT DES EINSENDENDEN | NAME UND ANSCHRIFT DES TIERBESITZERS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Sicherheit bei Tieren <input type="checkbox"/> bei Menschen <input type="checkbox"/> Wirksamkeit <input type="checkbox"/> Wartezeit <input type="checkbox"/> Umweltprobleme <input type="checkbox"/> | Tierarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Tel.: _____ Fax: _____ | |

PATIENT(EN) Tier Mensch (Wenn Menschen betroffen sind, genügt es Alter und Geschlecht anzugeben.)

| Tierart | Rasse | Geschlecht | Status | Alter | Gewicht | Grund der Behandlung |
|---------|-------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------|---------|----------------------|
| | | weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> | kastriert <input type="checkbox"/> trächtig <input type="checkbox"/> | | | |

TIERARZNEIMITTEL, DIE VOR DEM AUFTRETEN DER UNERWÜNSCHTEN WIRKUNG VERABREICHT WURDEN

(Falls mehr Mittel gleichzeitig verabreicht werden als Kästchen zur Verfügung stehen, bitte dieses Formular kopieren.)

| Handelsname des verabreichten Tierarzneimittels | 1 | 2 | 3 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| | Darreichungsform und Stärke (z. B. 100 mg-Tabletten) | | |
| Charge: verwendbar bis: | | | |
| Zulassungsnummer | | | |
| Art der Anwendung / Applikationsort | | | |
| Dosierung / Dosierungsintervall z. B. 1 Tablette, 2 x täglich | | | |
| Dauer der Behandlung/ Exposition Behandlungsbeginn: Behandlungsende: | | | |
| Wer verabreichte das Tierarzneimittel? (Tierarzt, Besitzer, andere Person) | | | |
| Wurde das Arzneimittel früher schon einmal bei dem betroffenen Tier verabreicht? | | | |
| Meinen Sie, diese Wirkung ist auf das Arzneimittel zurückzuführen? | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |
| Wurde der Arzneimittelhersteller informiert? | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNG Aufgetreten am: Datum | Zeit zwischen Verabreichung und Auftreten der unerwünschten Wirkung in Minuten, Stunden oder Tagen: _____ | Anzahl behandelter Tiere _____ Anzahl reagierender Tiere _____ Anzahl toter Tiere _____ | Dauer der unerwünschten Wirkung in Minuten, Stunden oder Tagen _____ |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

BESCHREIBUNG DES EREIGNISSES
(Sicherheit bei Tieren bzw. Menschen / mangelnde Wirksamkeit/Wartezeit/Umweltprobleme)
Falls eine unerwünschte Wirkung behandelt wurde, bitte angeben: Wie und womit und mit welchem Ergebnis!

Gesundheitszustand vor der Behandlung:

Beschreibung des Ereignisses:

EREIGNIS BEIM MENSCHEN (In diesem Fall bitte unteres Feld komplett ausfüllen.)

- Kontakt mit dem behandelten Tier
- Orale Einnahme
- Selbstinjektion Finger Hand Gelenk andere Stelle
- Sonstiges (absichtlich....)
- Hautkontakt
- Augenkontakt

Höhe der Dosis:

Ihre Angaben werden gemäß Datenschutzgesetz vertraulich behandelt.

Datum: _____ **Ort:** _____ **Name und Unterschrift des Einsenders:** _____

Kontakt-Telefonnr. (falls von der auf Seite 1 angegebenen Nummer abweichend)