



SUBDIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS DE USO VETERINARIO

Fax: 91-822.54.43 Tel: 91-822.54.02 E-mail: smuvaem@agemed.es Página Web: www.agemed.es

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL NOTIFICADOR	NOMBRE Y DIRECCIÓN / REF. DE LA EXPLOTACIÓN / DEL PACIENTE.
Problemas de Seguridad: en animales <input type="checkbox"/> en personas <input type="checkbox"/> Falta de Eficacia <input type="checkbox"/> Prob. Tiempos de Espera <input type="checkbox"/> Prob. Medioambientales <input type="checkbox"/>	Veterinario <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> _____ Nombre : Dirección : Teléfono: _____ Fax : _____	_____ _____

PACIENTE(S) *Animal(es)* *Persona (s)* *(en personas rellenar sólo la edad y el sexo)*

Especies	Raza	Sexo	Estado	Edad	Peso	Razón del tratamiento
_____	_____	Hembra <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/>	Castrado <input type="checkbox"/> Preñada <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

MEDICAMENTO VETERINARIO ADMINISTRADO ANTES DE LA APARICIÓN DE LA SUPUESTA REACCIÓN ADVERSA

(si se administraron más de 3 medicamentos simultáneamente, por favor duplique este formulario)

	1	2	3
Nombre del medicamento veterinario	_____	_____	_____
Forma farmacéutica y concentración (pe: comprimidos de 100 mg)	_____	_____	_____
Número de Registro	_____	_____	_____
Número de Lote	_____	_____	_____
Vía y lugar de administración	_____	_____	_____
Dosis / Frecuencia (posológica)	_____	_____	_____
Duración del tratamiento /Exposición Día de inicio: Día final:	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
¿Quién administró el medicamento? (veterinario, propietario, otro)	_____	_____	_____
¿Cree que la reacción se debe al medicamento?	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>
¿Ha sido informado el Laboratorio?	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>

FECHA DE LA SUPUESTA REACCIÓN ADVERSA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Tiempo transcurrido entre la administración del medicamento y la reacción <u>en minutos, horas o días</u>	Nº animales tratados <input type="text"/> Nº animales con signos <input type="text"/> Nº animales muertos <input type="text"/>	Duración de la reacción adversa <u>en minutos, horas o días</u> <input type="text"/>
--	--	--	---

DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN (*Problemas de Seguridad en animales o en personas / Presunta Falta de la Eficacia esperada / Problemas con el Tiempo de Espera / Problemas Medioambientales*) – *Por favor, descríbalos:*

Indicar también si la reacción ha sido tratada. ¿Cómo y con qué y cuál fue el resultado?

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE (adjuntar la documentación oportuna, pe. Estudios realizados o en marcha, Informes médicos, informes de necropsias).

REACCIONES EN PERSONAS

Si el caso se refiere a personas, por favor complete los datos que figuran más abajo.

- Contacto con el animal tratado
- Ingestión oral
- Exposición tópica
- Exposición ocular
- Exposición por inyección dedo mano articulación otro
- Otro (deliberado)

Dosis recibida: _____

Si no desea que su nombre y dirección se envíe al Laboratorio para recabar más información, por favor indíquelo en este cuadro

Fecha: Lugar: Nombre y firma del notificador: _____

Punto de contacto (teléfono) (si difiere del número indicado en la primera página)