

**Zgłoszenie podejrzenia wystąpienia działania niepożądanego produktu leczniczego weterynaryjnego dla lekarzy wet. i służb medycznych**

<b>Formularz należy przesłać do:</b> Przedsiębiorstwo Wielobranżowe Vet- Agro Sp. z o.o. 20-616 Lublin, ul. Gliniana 32 Tel. 081 445 23 05 Fax. 081 445 23 10  <b>JEDNOSTKA MONITOROWANIA DZIAŁAŃ NIEPOŻĄDANYCH</b> Tel. 504 245 682		<b>Poufne</b> <i>Tylko do użytku wewnętrznego:</i>  <b>Numer zgłoszenia:</b>			
<b>Dotyczy:</b>		<b>Imię i nazwisko osoby zgłaszającej:</b>			
<b>Reakcji:</b> u zwierzęcia: <input type="checkbox"/> u człowieka <input type="checkbox"/>  <b>Braku skuteczności</b> <input type="checkbox"/> <b>Naruszenia okresu</b> <input type="checkbox"/> <b>karencji</b>  <b>Zagrożenia dla</b> <input type="checkbox"/> <b>środowiska</b>		Lekarz weterynarii <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/>  Telefon: Fax:			
		<b>Nazwisko i adres właściciela/ nr zwierzęcia *</b>  * w przypadku reakcji w człowieka nazwisko i adres osoby, u której wystąpiła reakcja			
<b>Dane pacjenta:</b> Zwierzę (zwierzęta): <input type="checkbox"/> Człowiek (ludzie): <input type="checkbox"/> (w przypadku reakcji u ludzi podać jedynie wiek i płeć)					
Gatunek	Rasa	Płeć:	Wiek:	Masa ciała:	Powód leczenia:
		Męska: <input type="checkbox"/> Żeńska: <input type="checkbox"/> Sterylizowany: <input type="checkbox"/>			
<b>Produkty lecznicze weterynaryjne podane przed wystąpieniem reakcji</b> <i>(jeśli podawano więcej niż 3 produkty proszę zastosować dodatkowy formularz)</i>					
<b>Nazwa zastosowanego produktu leczniczego weterynaryjnego</b>	1	2	3		
Postać farmaceutyczna i moc (np. tabletki 100mg)					
Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu					
Numer serii					
Droga podania					
Dawka/sposób podawania					
Długość leczenia Początek: Koniec:					
Kto podał produkt? (weterynarz, 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"/>
<b>Czy powiadomiono podmiot odpowiedzialny za wprowadzenie leku do obrotu?</b>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>

<b>Data wystąpienia reakcji</b> ____ / ____ / ____	Liczba zwierząt leczonych: _____ Liczba zwierząt, u których wystąpiła reakcja: _____ Liczba zwierząt padłych (poddanych eutanazji): _____	Czas trwania reakcji w minutach, godzinach lub dniach
---	---	---

**Opis reakcji (proszę wskazać czas od podania leku do wystąpienia reakcji)**

Czy zastosowano leczenie po wystąpieniu reakcji? Jeśli tak, to jakie środki zastosowano i jaki był rezultat?

Dodatkowe dane (np. wyniki przeprowadzonych badań dodatkowych lub 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  inne
- 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 razie konieczności 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)