

# 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:

<b>Unerwünschtes Ereignis betrifft</b>	<b>NAME UND ANSCHRIFT DES EINSENDERS</b>	<b>NAME UND ANSCHRIFT DES PATIENTENBESITZERS</b>
<b>Sicherheit</b> bei Tieren <input type="checkbox"/> bei Menschen <input type="checkbox"/> <b>Wirksamkeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Wartezeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Umweltprobleme</b> <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.)

	1	2	3
<b>Handelsname des verabreichten Tierarzneimittels</b>			
Darreichungsform und Stärke (z. B. 100 mg-Tabletten)			
Zulassungsnummer			
Charge + verwendbar bis:			
Art der Anwendung / Applikationsort			
Dosierung / Dosierungsintervall			
Dauer der Behandlung/Exposition Behandlungsbeginn: Behandlungsende:			
Wer verabreichte das Tierarzneimittel? (Tierarzt, Besitzer, andere Person)			
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"/>

<b>UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNG</b> Aufgetreten am _____ / _____ / _____	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!

**ANDERE RELEVANTE ANGABEN** (z. B. Kopien über durchgeführte oder laufende Untersuchungen, Kopie des medizinischen Berichts, wenn Menschen betroffen sind)

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

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

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)