

Formular zur Meldung unerwünschter Ereignisse (UE) nach Anwendung von Tierarzneimitteln oder nach Anwendung von Humanarzneimitteln am Tier

Formular zu versenden an

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

E-Mail: phv.de@dechra.com

Telefon 07525 20555

www.dechra.de

Einsender/-in <input type="checkbox"/> Tierarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Apotheker/-in <input type="checkbox"/> Behörde <input type="checkbox"/> Tierbesitzer/-in <input type="checkbox"/> Andere: _____	Ihr Name und Ihre Anschrift E-Mail: Tel./Fax:	Name und Anschrift des Tierhalters/ der Tierhalterin
--	---	---

Angaben zu betroffenen Tieren/Personen			
<input type="checkbox"/> Tier			
TIER	Tierart:	Geschlecht:	Status:
	Rasse:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> tragend
	Alter:	<input type="checkbox"/> weiblich kastriert <input type="checkbox"/> männlich kastriert	<input type="checkbox"/> laktierend
	Gewicht:	<input type="checkbox"/> unbekannt	
Anzahl behandelter Tiere: _____		Anzahl reagierender Tiere: _____	Anzahl toter Tiere: _____
Gesundheitszustand vor der Behandlung/ Vorerkrankungen:			
<input type="checkbox"/> Mensch			
MENSCH	Alter:	Ort der Exposition:	Weg der Exposition:
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Kontakt mit dem behandelten Tier <input type="checkbox"/> Kontakt mit dem Medikament
	Status: <input type="checkbox"/> schwanger <input type="checkbox"/> stillend	<input type="checkbox"/> Finger/Hand <input type="checkbox"/> Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Orale Einnahme <input type="checkbox"/> Selbstinjektion
	Arztbesuch nötig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Höhe der Dosis:	<input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. beabsichtigte Exposition)

Angaben zu den verabreichten Arzneimitteln	Falls mehr als 3 Arzneimittel verabreicht wurden, bitte dieses Formular kopieren.		
	Arzneimittel 1	Arzneimittel 2	Arzneimittel 3
Handelsname			
Darreichungsform und Stärke z. B. Tabletten 100 mg			
Zulassungsnummer			
Chargennummer (Ch.-B. oder Lot)			
Grund der Behandlung			
Art der Anwendung/ Applikationsort			
Dosierung z. B. 1 Tablette, 2 x täglich			

Beginn und Ende (Datum) und Dauer der Behandlung	Beginn: _____ Ende: _____ Dauer: _____	Beginn: _____ Ende: _____ Dauer: _____	Beginn: _____ Ende: _____ Dauer: _____
Wer verabreichte das Tierarzneimittel?	<input type="checkbox"/> Tierarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Tierbesitzer/-in <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Tierarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Tierbesitzer/-in <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Tierarzt/-ärztin <input type="checkbox"/> Tierbesitzer/-in <input type="checkbox"/> Andere: _____
Wurde das Arzneimittel früher schon einmal bei dem betroffenen Tier verabreicht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> vertragen <input type="checkbox"/> nicht vertragen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> vertragen <input type="checkbox"/> nicht vertragen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> vertragen <input type="checkbox"/> nicht vertragen
Ergriffene Maßnahmen nach Auftreten des UE	<input type="checkbox"/> Arzneimittel abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis reduziert/ erhöht <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Arzneimittel abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis reduziert/ erhöht <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Arzneimittel abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis reduziert/ erhöht <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Andere: _____
Meinen Sie, dass das UE auf das Arzneimittel zurückzuführen ist?	<input type="checkbox"/> Sehr wahrscheinlich <input type="checkbox"/> Möglich <input type="checkbox"/> Unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/> Sehr wahrscheinlich <input type="checkbox"/> Möglich <input type="checkbox"/> Unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar	<input type="checkbox"/> Sehr wahrscheinlich <input type="checkbox"/> Möglich <input type="checkbox"/> Unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar
Wurde der Arzneimittel- hersteller informiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zum unerwünschten Ereignis (UE)		
Das UE betrifft: <input type="checkbox"/> Arzneimittelsicherheit <input type="checkbox"/> mangelnde Wirksamkeit <input type="checkbox"/> Wartezeit <input type="checkbox"/> Umweltprobleme	UE aufgetreten am: _____	Ausgang des UE: <input type="checkbox"/> andauernd <input type="checkbox"/> genesen <input type="checkbox"/> bleibende Schäden <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> euthanasiert/getötet <input type="checkbox"/> unbekannt
	Zeit zwischen Verabreichung des Arzneimittels und Auftreten des UE (Min./Std./Tage): _____	
	Dauer des UE (Min./Std./Tage): _____	
Beschreibung des Ereignisses		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Sollten Ihnen relevante Unterlagen (z.B. Befunde oder Laborergebnisse) vorliegen, fügen Sie diese bitte in Kopie bei.		

_____	_____
Ort, Datum	Ihr Name und Ihre Unterschrift