

EU-FORMULAR ZUR MELDUNG DES VERDACHTS UNERWÜNSCHTER TIERARZNEI-MITTELWIRKUNGEN FÜR TIERÄRZTE UND ANGEHÖRIGE DER GESUNDHEITSBERUFE

Empfänger des Formulars: CID LINES N.V. Waterpoortstraat 2 8900 Ypern - BE Fax: 0032 57 21 78 79 Phone: 0032 475 98 83 63 E-mail: pharmacovigilance@cidlines.com Website: www.cidlines.com		REF.-NR.:				
IDENTIFIZIERUNG DES PROBLEMS Sicherheit bei Tieren <input type="checkbox"/> bei Menschen <input type="checkbox"/> erwartete Wirksamkeit <input type="checkbox"/> Wartezeit <input type="checkbox"/> Umweltprobleme <input type="checkbox"/>		NAME UND ANSCHRIFT DES EISENDERS Tierarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Phone: _____ Fax: _____		NAME UND ANSCHRIFT / REF. DES PATIENTEN <i>(gemäß nationalem Recht)</i>		
PATIENT(EN) Tier(e) <input type="checkbox"/> Mensch(en) <input type="checkbox"/> <i>(Wenn Menschen betroffen sind, genügt es, Alter und Geschlecht anzugeben.)</i>						
Art(en)	Zucht	Geschlecht	Zustand	Alter	Gewicht	Grund der Behandlung
		Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/>	Kastriert <input type="checkbox"/> Trächtig <input type="checkbox"/>			
VERABREICHTE TIERARZNEIMITTEL VOR AUFTRETEN DES VERDACHTS DER UNERWÜNSCHTEN WIRKUNG <i>(Falls mehr Mittel gleichzeitig verabreicht werden als Kästchen zur Verfügung stehen, bitte dieses Formular kopieren.)</i>						
Name des verabreichten Tierarzneimittels		1	2	3		
Darreichungsform und Stärke (z. B. 100 mg-Tabletten)						
Nr. der Genehmigung für das Inverkehrbringen/ Zulassungsnummer.						
Chargennummer						
Art/Stelle der Anwendung						
Dosis/Häufigkeit						
Behandlungsdauer/Exposition						
Beginn Ende						
Wer verabreichte das Tierarzneimittel? (Tierarzt, Besitzer, andere Person)						
Meinen Sie, diese Wirkung ist auf das Mittel 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 Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen (MAH) 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"/>		

DATUM DES AUFTRETENS DES VERDACHTS DER UNERWÜNSCHTEN WIRKUNG /...../.....	Zeit zwischen Verabreichung und Auftreten der Wirkung <u>in Minuten, Stunden</u> <u>oder Tagen</u> 	Anzahl der behand Anzahl der Reaktionsfälle Anzahl der Todesfälle	Dauer der unerwünschten Wirkung <u>in Minuten, Stunden</u> <u>oder Tagen</u>
--	--	---	--

BESCHREIBUNG DES PROBLEMS (Sicherheit bei Tieren bzw. bei Menschen/erwartete Wirksamkeit/Wartezeit/Umweltprobleme) – **BITTE BESCHREIBEN:**

Bitte ebenfalls angeben, ob die unerwünschte Wirkung behandelt wurde, wie und womit und mit welchem Ergebnis?

ANDERE RELEVANTE ANGABEN (FALLS ERFORDERLICH, BITTE ZUSÄTZLICHE BLÄTTER VERWENDEN, z. B. durchgeführte oder laufende Untersuchungen, Kopie des medizinischen Berichts, wenn Menschen betroffen sind.)

WENN MENSCHEN BETROFFEN SIND Sollte sich der gemeldete Fall auf einen Menschen beziehen, bitte ebenfalls die unten aufgeführten Fragen zur Exposition beantworten.

Kontakt mit dem behandelten Tier	<input type="checkbox"/>				
Orale Aufnahme	<input type="checkbox"/>				
Topische Exposition	<input type="checkbox"/>				
Okuläre Exposition	<input type="checkbox"/>				
Exposition durch Injektion	<input type="checkbox"/>	Finger <input type="checkbox"/>	Hand <input type="checkbox"/>	Gelenk <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/>
Sonstiges (absichtlich)	<input type="checkbox"/>				

Sofern Sie nicht damit einverstanden sind, dass Ihr Name und Ihre Anschrift vollständig für eventuelle Rückfragen an den MAH übermittelt werden, kreuzen Sie bitte dieses Kästchen an:

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

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