

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

<b>Empfänger des Formulars:</b> 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		<b>REF.-NR.:</b>				
<b>IDENTIFIZIERUNG DES PROBLEMS</b>  <b>Sicherheit</b> bei Tieren <input type="checkbox"/> bei Menschen <input type="checkbox"/> <b>erwartete Wirksamkeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Wartezeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Umweltprobleme</b> <input type="checkbox"/>		<b>NAME UND ANSCHRIFT DES EISENDERS</b>  Tierarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>  Phone: _____      Fax: _____		<b>NAME UND ANSCHRIFT / REF. DES PATIENTEN</b>  <i>(gemäß nationalem Recht)</i>		
<b>PATIENT(EN)</b> 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"/>			
<b>VERABREICHTE TIERARZNEIMITTEL VOR AUFTRETEN DES VERDACHTS DER UNERWÜNSCHTEN WIRKUNG</b> <i>(Falls mehr Mittel gleichzeitig verabreicht werden als Kästchen zur Verfügung stehen, bitte dieses Formular kopieren.)</i>						
<b>Name des verabreichten Tierarzneimittels</b>		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"/>		
<b>Wurde der Inhaber der Genehmigung für das Inverkehrbringen (MAH) informiert?</b>		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>DATUM DES AUFTRETENS DES VERDACHTS DER UNERWÜNSCHTEN WIRKUNG</b>  ...../...../.....	<b>Zeit zwischen Verabreichung und Auftreten der Wirkung</b> <u>in Minuten, Stunden</u> <u>oder Tagen</u>  .....	Anzahl der behand .....  Anzahl der Reaktionsfälle .....  Anzahl der Todesfälle .....	<b>Dauer der unerwünschten Wirkung</b> <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)