



<b>Date de l'effet indésirable</b> ...../...../.....	<b>Temps entre l'administration et la réaction</b> (en minutes, heures ou jours) .....	Nombre d'animaux traités ..... Nombre d'animaux ayant réagis ..... Nombre d'animaux décédés .....	<b>Durée de la réaction</b> (en minutes, heures ou jours) .....
---	---	---	--

**Description de l'évènement** (Effet indésirables sur les animaux ou concernant des êtres humains/ suspicion de manque d'efficacité/ Problèmes de temps d'attente et de résidus /Problèmes environnementaux) - Description :

**Merci d'indiquer également si la réaction a été traitée, si oui, comment, avec quel produit, et quel a été le résultat?**

**AUTRES DONNÉES IMPORTANTES** (Merci d'ajouter d'autres documents si nécessaires, par exemple des recherches complémentaires, une copie de rapport médical pour les effets indésirables concernant une personne)

**EFFETS INDÉSIRABLES CONCERNANT DES PERSONNES**  
Si l'effet indésirable concerne une ou des personne(s), merci de remplir les informations ci-dessous relatives à l'exposition:

• Contact avec l'animal traité	<input type="checkbox"/>				
• Ingestion orale	<input type="checkbox"/>				
• Exposition cutanée	<input type="checkbox"/>				
• Exposition oculaire	<input type="checkbox"/>				
• Injection accidentelle	<input type="checkbox"/>	doigt <input type="checkbox"/>	main <input type="checkbox"/>	articulation <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>
• Autre (délibéremment)	<input type="checkbox"/>				

Si vous n'acceptez pas que votre nom et vos coordonnées complètes soient transmises au titulaire d'AMM si des informations complémentaires sont nécessaires, merci de cocher la case :

<b>Date:</b>	<b>Lieu:</b>	<b>Nom et signature de l'expéditeur:</b>
<b>Numéro de téléphone</b> (si différent du numéro inscrit en page 1)		