

EU- FORMULAIRE DE RAPPORT DES EFFETS INDÉSIRABLES POUR LES VÉTÉRINAIRES ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Formulaire à renvoyer à: CID LINES N.V. Waterpoortstraat 2 8900 Ieper - BE Fax: 0032 57 21 78 79 Tel: 0032 475 98 83 63 E-mail: pharmacovigilance@cidlines.com Website: www.cidlines.com						NUMERO DE REFERENCE:	
IDENTIFICATION			NOM ET ADRESSE DE L'EXPÉDITEUR			NOM ET ADRESSE/ REF DU PATIENT	
Effets indésirables sur: les animaux <input type="checkbox"/> les êtres humains <input type="checkbox"/> Manque d'efficacité <input type="checkbox"/> Problèmes de temps d'attente et de résidus <input type="checkbox"/> Problèmes environnementaux <input type="checkbox"/>			vétérinaire <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Tel: Fax:				
PATIENT(S) Animal <input type="checkbox"/> personne <input type="checkbox"/> <i>(remplir uniquement l'âge et le sexe)</i>							
Espèce	Race	Sexe	Statut	Age	Poids	Raison du traitement	
		Femelle <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/>	stérilisé <input type="checkbox"/> En gestation <input type="checkbox"/>				
Produits vétérinaires administrés avant l'effet indésirable <i>(si plus de 3 produits ont été administrés, copier cette page)</i>							
Nom du médicament vétérinaire			1	2	3		
Forme pharmaceutique et dosage (ex: tablette de 100 mg)							
Numéro d'AMM							
Numéro de lot							
Voie d'administration et site d'injection							
Dose / fréquence							
Durée du traitement/ Exposition Début Fin							
Qui a administré le médicament? (vétérinaire, propriétaire, autre)							
Pensez-vous que la réaction soit liée au produit?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Le titulaire de l'AMM a-t-il été prévenu?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

DATE DE L'EFFET INDÉSIRABLE /...../.....	Temps entre l'administration et la réaction (en minutes, heures ou jours) 	Nombre d'animaux traités Nombre d'animaux ayant réagis Nombre d'animaux décédés	Durée de la réaction (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 (délibérément)	<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 :

Date:	Lieu:	Nom et signature de l'expéditeur:
--------------	--------------	--

Numéro de téléphone (si différent du numéro inscrit en page 1)