

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA POJEDYNCZEGO PRZYPADKU DZIAŁANIA  
NIEPOŻĄDANEGO PRODUKTU LECZNICZEGO WETERYNARYJNEGO**

Dotyczy:		Imię i nazwisko osoby dokonującej zgłoszenia:		Nazwisko i adres właściciela / nr zwierzęcia*		
<b>Reakcji:</b> u zwierzęcia: <input type="checkbox"/> u człowieka <input type="checkbox"/>		Lekarz weterynarii <input type="checkbox"/> Farmaceuta <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>				
<b>Braku skuteczności</b> <input type="checkbox"/> <b>Naruszenia okresu karencji</b> <input type="checkbox"/>		Adres miejsca wykonywania zawodu:				
<b>Zagrożenia dla środowiska</b> <input type="checkbox"/>		Telefon: _____ Faks: _____				
<b>Dane pacjenta:</b> Zwierzę (zwierzęta): <input type="checkbox"/> Człowiek (ludzie): <input type="checkbox"/> (w przypadku reakcji u ludzi podać jedynie wiek i płeć)						
Gatunek	Rasa	Płeć:	Status	Wiek:	Masa ciała:	Powód leczenia:
		Męska: <input type="checkbox"/> Żeńska: <input type="checkbox"/>	Sterylizowana/y: <input type="checkbox"/> Ciężarna <input type="checkbox"/>			
<b>Produkty lecznicze weterynaryjne podane przed wystąpieniem reakcji</b> <i>(jeśli podawano więcej niż 3 produkty proszę zastosować dodatkowy formularz)</i>						
<b>Nazwa zastosowanego produktu leczniczego weterynaryjnego</b>	1	2	3			
Postać farmaceutyczna i moc (np. tabletki 100mg)						
Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu						
Numer serii						
Droga/miejsce podania						
Dawka/sposób podawania						
Długość leczenia (lub ekspozycji) Początek: Koniec:						
Kto podał produkt? (lek. wet., właściciel, inne)						
Czy myśli Pani (Pan), że reakcję spowodował podany produkt?	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>			

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA POJEDYNCZEGO PRZYPADKU DZIAŁANIA  
NIEPOŻĄDANEGO PRODUKTU LECZNICZEGO WETERYNARYJNEGO**

<b>Czy powiadomiono podmiot odpowiedzialny za wprowadzenie leku do obrotu?</b>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
<b>Data wystąpienia reakcji</b>  ____/____/____	Czas pomiędzy podaniem leku a wystąpieniem reakcji (w min./godz./dniach)  _____	Liczba zwierząt leczonych: _____ Liczba zwierząt, u których wystąpiła reakcja: _____ Liczba zwierząt padłych (poddanych eutanazji): _____	Czas trwania reakcji (w min., godz. lub dniach)
<b>Opis reakcji (reakcji u człowieka lub zwierzęcia, braku skuteczności, niewystarczającego okresu karencji, zagrożenia dla środowiska) – proszę opisać:</b> Czy zastosowano leczenie po wystąpieniu reakcji? Jeśli tak, to jakie środki zastosowano i jaki był rezultat?			
<b>Dodatkowe dane</b> (proszę dołączyć dodatkowe dokumenty, jeśli to konieczne np. informacje o przeprowadzanych badaniach dodatkowych lub rezultaty badań lub kopie orzeczeń lekarskich, w przypadku reakcji u człowieka).			

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA POJEDYNCZEGO PRZYPADKU DZIAŁANIA  
NIEPOŻĄDANEGO PRODUKTU LECZNICZEGO WETERYNARYJNEGO**

**REAKCJA U CZŁOWIEKA**

**(w przypadku reakcji u ludzi proszę wskazać rodzaj ekspozycji):**

- Kontakt z leczonym zwierzęciem
- Przypadkowe spożycie
- Kontakt ze skórą
- Przypadkowe wprowadzenie do oka
- Przypadkowe wstrzyknięcie w palec  w rękę  w staw  inne
- Inne (w tym także celowe podanie)

Podana ilość (jeśli możliwa do oceny): \_\_\_\_\_

Jeśli **nie zgadza** się Pani (Pan) na podanie danych osobowych podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie leku do obrotu (w przypadku, gdy podmiot zwróci się o to w celu uzyskania dodatkowych informacji o reakcji), proszę zaznaczyć kratkę:

**Data:** \_\_\_\_\_ **Miejscowość:** \_\_\_\_\_

**Nazwisko i podpis osoby wysyłającej:** \_\_\_\_\_

**Dane do kontaktu (telefon)** (jeśli inne niż podane na stronie 1) \_\_\_\_\_