

Meldung unerwünschter Tierarzneimittelwirkungen Synthetika oder Impfstoffe

Institut für Veterinärpharmakologie und –toxikologie Pharmacovigilance Winterthurerstrasse 260 8057 Zürich Tel: 044.635.87.72 email: uaw@vetvigilance.ch	Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut AMS - Vigilance Tierarzneimittel Hallerstrasse 7 3012 Bern vetvigilance@swissmedic.ch
--	--

I. Allgemeine Informationen

Melderin/Melder (Name, Adresse) Email: Tel.: Fax:	Behandelt durch... (Name, Adresse) <input type="checkbox"/> Gleich wie Melder Email: Tel.: Fax:
Meldende Person ist... <input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Fachhandel <input type="checkbox"/> Andere:	
Diese Meldung ist... <input type="checkbox"/> Erstmeldung <input type="checkbox"/> Follow-up	<b style="color: red;">Vertriebsfirma wurde informiert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art der Meldung <input type="checkbox"/> Unerwünschte Wirkung Tier <input type="checkbox"/> Reaktion beim Anwender / Mensch <input type="checkbox"/> Unwirksamkeit <input type="checkbox"/> Rückstände / Wartezeiten <input type="checkbox"/> Ökotoxizität <input type="checkbox"/> Andere:	

II. Tier

Anzahl Tiere behandelt:	Anzahl Tiere reagierend:	Anzahl tote:
Spezies :	Rasse :	Identifikation:
Nutztier: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Pferd mit Heimtierstatus (TAMV Art. 15)		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert <input type="checkbox"/> trächtig <input type="checkbox"/> laktierend		
Gewicht (kg): <input type="checkbox"/> unbekannt Alter: <input type="checkbox"/> Jahre <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> Tage <input type="checkbox"/> unbekannt		
Gesundheitsstatus vor Behandlung: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> kritisch <input type="checkbox"/> unbekannt		
Relevante Vorgeschichte (Niere-, Leber-, Herzkrankheiten, Allergien, andere...) Ursprünglicher Grund zur Behandlung <input type="checkbox"/> Prophylaktische Anwendung		

Prognose am Anfang der Therapie: gut mässig schlecht kritisch unbekannt

Nur für unerwünschte Wirkungen von immunologischen Tierarzneimitteln

Impfanamnese

Datum Impfung	Impfstoff	Batch Nr.	Dosis	Verabreichungsart

III. Tierarzneimittel (falls mehrere siehe auch IV.)

Handelsname:

Vertreiberin/ZulassungsinhaberIn:

Swissmedic Nr (4/5-Stellig):

Wirkstoff(e), nur falls kein Markenname:

Lot/Batch-Nummer: unbekannt Verfalldatum: unbekannt

Zustand der Verpackung: gut mässig schlecht unbekannt

Lagerungsbedingungen: gut mässig schlecht unbekannt

Umwidmung (nicht für diese Tierart zugelassen): Ja Nein

Wer hat Medikament appliziert? Tierarzt Tierbesitzer unbekannt/andere

Applikationsart: intravenös intramuskulär subkutan intramammär oral

nasal okular intradermal topisch (Fell / Haut)

andere: unbekannt

Falls Injektion, anatomische Stelle:

Falls oral, mit Futter? ja nein Futter:

Dosierung und Dosierungsintervall

Entspricht Empfehlungen: ja nein: warum?

Erstbehandlung mit Medikament: ja nein, wie oft schon: unbekannt

Reaktion zum vorherigen Gebrauch: ja nein unbekannt

IV. Unerwünschte Wirkung(en)

Erste Applikation am:	Letzte Applikation am:
Dauer bis Auftritt der Symptome: Min Std Tage (ungefähr, nur zutreffendes ausfüllen !)	
nach <input type="checkbox"/> erster <input type="checkbox"/> letzter Applikation	
Andere gleichzeitig applizierte Medikamente (Markenname, Dosierung, Frequenz, Applikationsweg...) Hier bitte keine Medikamente zur Behandlung der unerwünschten Wirkung angeben, siehe unten.	
Symptome	
Entwicklung der unerwünschten Reaktion: <input type="checkbox"/> Abklingen mit Absetzen <input type="checkbox"/> Abklingen OHNE Absetzen <input type="checkbox"/> Reaktion ist reproduzierbar (re-challenge) <input type="checkbox"/> Keine Änderung	
Massnahmen gegen unerwünschte Reaktion(en)	
<input type="checkbox"/> Behandlung abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis reduziert <input type="checkbox"/> Neues Medikament (Umstellung): <input type="checkbox"/> Medikamentöse Behandlung der Reaktion (Markenname, Dosis, Applikationsweg)	
Behandlung erfolgreich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aktueller Gesundheitszustand: <input type="checkbox"/> Vollständig erholt <input type="checkbox"/> Bleibende Folgeschäden <input type="checkbox"/> Euthanasiert/gestorben <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> andere:	
Ev. durchgeführte weiterführende Untersuchungen	
Stehen Berichte/Bilder zur Verfügung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	
Wurden andere mögliche Ursachen ausgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, welche:	
Wurde eine solche Reaktion schon beobachtet: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei: <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> Rind <input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> andere:	

V. Beurteilung

Ihre Beurteilung der Kausalität Wahrscheinlich Möglich Kein Zusammenhang Weiss nicht

VI. Zusätzliche Informationen, Bemerkungen, usw.