

Formular zur Meldung unerwünschter Ereignisse (UE) nach Anwendung von Tierarzneimitteln oder nach Anwendung von Humanarzneimitteln am Tier

Formular zu versenden an

Dechra Veterinary Products GmbH
A-6850 Dornbirn

E-Mail: at.phv@dechra.com

www.dechra.at

Einsender/-in ☐ Tierarzt/-ärztin ☐ Apotheker/-in ☐ Behörde ☐ Tierbesitzer/-in ☐ Andere: _____	Ihr Name und Ihre Anschrift E-Mail: Tel./Fax:	Name und Anschrift des Tierhalters/ der Tierhalterin
--	--	---

Angaben zu betroffenen Tieren/Personen			
☐ Tier			
TIER	Tierart:	Geschlecht:	Status:
	Rasse:	☐ weiblich ☐ männlich	☐ tragend
	Alter:	☐ weiblich kastriert ☐ männlich kastriert	☐ laktierend
	Gewicht:	☐ unbekannt	
	Anzahl behandelter Tiere: _____	Anzahl reagierender Tiere: _____	Anzahl toter Tiere: _____
Gesundheitszustand vor der Behandlung/ Vorerkrankungen:			
☐ Mensch			
MENSCH	Alter:	Ort der Exposition:	Weg der Exposition:
	Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich	☐ Haut ☐ Augen	☐ Kontakt mit dem behandelten Tier
	Status: ☐ schwanger ☐ stillend	☐ Finger/Hand ☐ Anderes: _____	☐ Kontakt mit dem Medikament
	Arztbesuch nötig: ☐ Ja ☐ Nein	Höhe der Dosis:	☐ Orale Einnahme
		☐ Selbstinjektion	☐ Sonstiges (z. B. beabsichtigte Exposition)

Angaben zu den verabreichten Arzneimitteln			
	Falls mehr als 3 Arzneimittel verabreicht wurden, bitte dieses Formular kopieren.		
	Arzneimittel 1	Arzneimittel 2	Arzneimittel 3
Handelsname			
Darreichungsform und Stärke z. B. Tabletten 100 mg			
Zulassungsnummer			
Chargennummer (Ch.-B. oder Lot)			
Grund der Behandlung			
Art der Anwendung/ Applikationsort			
Dosierung z. B. 1 Tablette, 2 x täglich			

Beginn und Ende (Datum) und Dauer der Behandlung	Beginn: _____._____._____ Ende: _____._____._____ Dauer: _____	Beginn: _____._____._____ Ende: _____._____._____ Dauer: _____	Beginn: _____._____._____ Ende: _____._____._____ Dauer: _____
Wer verabreichte das Tierarzneimittel?	☐ Tierarzt/-ärztin ☐ Tierbesitzer/-in ☐ Andere: _____	☐ Tierarzt/-ärztin ☐ Tierbesitzer/-in ☐ Andere: _____	☐ Tierarzt/-ärztin ☐ Tierbesitzer/-in ☐ Andere: _____
Wurde das Arzneimittel früher schon einmal bei dem betroffenen Tier verabreicht?	☐ Nein ☐ Ja: ☐ vertragen ☐ nicht vertragen	☐ Nein ☐ Ja: ☐ vertragen ☐ nicht vertragen	☐ Nein ☐ Ja: ☐ vertragen ☐ nicht vertragen
Ergriffene Maßnahmen nach Auftreten des UE	☐ Arzneimittel abgesetzt ☐ Dosis reduziert/ erhöht ☐ keine ☐ Andere: _____	☐ Arzneimittel abgesetzt ☐ Dosis reduziert/ erhöht ☐ keine ☐ Andere: _____	☐ Arzneimittel abgesetzt ☐ Dosis reduziert/ erhöht ☐ keine ☐ Andere: _____
Meinen Sie, dass das UE auf das Arzneimittel zurückzuführen ist?	☐ Sehr wahrscheinlich ☐ Möglich ☐ Unwahrscheinlich ☐ Nicht beurteilbar	☐ Sehr wahrscheinlich ☐ Möglich ☐ Unwahrscheinlich ☐ Nicht beurteilbar	☐ Sehr wahrscheinlich ☐ Möglich ☐ Unwahrscheinlich ☐ Nicht beurteilbar
Wurde der Arzneimittel- hersteller informiert?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Angaben zum unerwünschten Ereignis (UE)		
Das UE betrifft: ☐ Arzneimittelsicherheit ☐ mangelnde Wirksamkeit ☐ Wartezeit ☐ Umweltprobleme	UE aufgetreten am: _____	Ausgang des UE: ☐ andauernd ☐ genesen ☐ bleibende Schäden ☐ verstorben ☐ euthanasiert/getötet ☐ unbekannt
	Zeit zwischen Verabreichung des Arzneimittels und Auftreten des UE (Min./Std./Tage): _____	
	Dauer des UE (Min./Std./Tage): _____	
Beschreibung des Ereignisses		
Sollten Ihnen relevante Unterlagen (z.B. Befunde oder Laborergebnisse) vorliegen, fügen Sie diese bitte in Kopie bei.		

Ort, Datum	Ihr Name und Ihre Unterschrift
--	--