



**DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE
CHEZ L'ANIMAL SUSCEPTIBLE D'ÊTRE
DÛ À UN MÉDICAMENT VÉTÉRINAIRE**

N° PV Works :
2017-FR-.....
Date de notification :
.../.../....

PROPRIÉTAIRE DE L'ANIMAL	
Nom (3 premières lettres)	
Prénom (première lettre)	
Code postal	

CACHET DU DÉCLARANT

COORDONNÉES DU DÉCLARANT	
Nom	Prénom
Adresse	
N° téléphone :	
Vétérinaire	Pharmacien Autre

ANIMAL(AUX) TRAITÉ(S)	Nb. d'animaux traités	Nb. d'animaux ayant réagi	Nb. d'animaux morts
Espèce :	Race / type de production (laitier/viande) :		Identification / Tatouage :
Sexe Mâle <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Physiologie Gestation <input type="checkbox"/> Castration <input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>			
Poids (kilos) :	Age :		
État de santé au moment de l'administration : Bon <input type="checkbox"/> Correct <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Critique <input type="checkbox"/> Non connu <input type="checkbox"/>			
Administration à titre : Curatif <input type="checkbox"/> Préventif <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>			
Motif du traitement (diagnostic / symptômes traités) :			

MÉDICAMENT(S) VÉTÉRINAIRE(S) ADMINISTRÉ(S) AVANT L'EFFET INDÉSIRABLE

(si le nombre de produits dépasse 3, prière de dupliquer le formulaire)

	1	2	3
Nom du médicament			
Forme pharmaceutique			
Substance(s) active(s)/valence vaccinale			
Dosage (ex : 250 mg/2,5 ml)			
Laboratoire pharmaceutique (Titulaire de l'AMM)			
N° d'AMM			
N° de lot			
Date de péremption			
Conditions conservation			
Voie/site d'administration			
Dose, fréquence			
Début du traitement (date et heure)			
Durée du traitement (ou date de fin)			
Administré par (vétérinaire, propriétaire, autre)			
Déjà administré auparavant ? *			
Y a-t-il eu ré-administration ultérieure ? *			
Si oui, la réaction est-elle réapparue ? *			

* (oui, non, ne sait pas)

Date de survenue de l'événement indésirable	Délai entre l'exposition médicamenteuse et l'effet indésirable (en minutes, heures ou jours)	Durée de l'effet indésirable (en minutes, heures ou jours)
/ /		

ÉVOLUTION	Mort	Euthanasie	Guérison avec séquelles	Guérison sans séquelles	Inconnue	En cours
Date						
Nombre d'animaux						

DESCRIPTION DE L'EFFET INDÉSIRABLE
Description de la séquence des événements y compris l'administration de médicaments, des signes cliniques, de leur sévérité et toute autre information utile :

|

TRAITEMENT ENTREPRIS A L'APPARITION DE L'EFFET INDÉSIRABLE :
Autres mesures thérapeutiques :

Arrêt du médicament	oui	non	?	sans objet
Médicament 1				
Médicament 2				
Médicament 3				

INVESTIGATIONS effectuées/en cours, y compris d'autres hypothèses (examens complémentaires, autopsie...) :

|

AVIS SUR LE CAS : Commentaires :

Rôle du médicament	probable	possible	douteux
Médicament 1			
Médicament 2			
Médicament 3			

NOM DU DÉCLARANT, DATE ET SIGNATURE :

|