

# Formblatt zur Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen von Tierarzneimitteln

Formular zu versenden an:

Ceva Tiergesundheit GmbH  
Kanzlerstr. 4  
40472 Düsseldorf

Tel.: 0211-96597-20

E-Mail: pharmakovigilanz@ceva.com  
Internet: www.ceva.de

**VERTRAULICH**

*Nur für interne Angaben*

Ref.-Nr./Eingangsnr.:

<b>Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW) betrifft</b>	<b>NAME UND ANSCHRIFT DES EINSENDERS</b>			<b>NAME UND ANSCHRIFT DES PATIENTENBESITZERS (fakultativ)</b>
<b>Sicherheit</b> bei Tieren <input type="checkbox"/> bei Menschen <input type="checkbox"/> <b>Wirksamkeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Wartezeit</b> <input type="checkbox"/> <b>Umweltdprobleme</b> <input type="checkbox"/>	Tierarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> Tel.: <input type="text"/> Fax: <input type="text"/>			

**PATIENT(EN)** **Tier**  **Mensch**  (Wenn Menschen betroffen sind, genügt es Alter und Geschlecht anzugeben.)

Tierart	Rasse	Geschlecht	Status	Alter	Gewicht	Grund der Behandlung
		weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	kastriert <input type="checkbox"/> trächtig <input type="checkbox"/>			

## TIERARZNEIMITTEL, DIE VOR DEM AUFTREten DER UNERWÜNSCHTEN WIRKUNG VERABREICHT WURDEN

(Falls mehr Mittel gleichzeitig verabreicht werden als Kästchen zur Verfügung stehen, bitte dieses Formular kopieren.)

<b>Handelsname des verabreichten Tierarzneimittels</b>	1	2	3
Darreichungsform und Stärke (z. B. 100 mg-Tabletten)			
Zulassungsnummer			
Chargennummer			
Art der Anwendung / Applikationsort			
Dosierung / Dosierungsintervall			
Dauer der Behandlung/Exposition Behandlungsbeginn: Behandlungsende:			
Wer verabreichte das Tierarzneimittel? (Tierarzt, Besitzer, andere Person)			
Meinen Sie, diese Wirkung ist auf das Arzneimittel zurückzuführen?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Wurde der Arzneimittelhersteller informiert?	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>

<b>UNERWÜNSCHTE ARZNEIMITTELWIRKUNG</b> <b>Aufgetreten am</b>  <hr style="border: 1px solid black; height: 10px; margin-bottom: 5px;"/>	<b>Zeit zwischen Verabreichung und Auftreten der unerwünschten Wirkung in Minuten, Stunden oder Tagen</b>	Anzahl behandelter Tiere <input type="text"/> Anzahl reagierender Tiere <input type="text"/> Anzahl toter Tiere <input type="text"/>	<b>Dauer der unerwünschten Wirkung in Minuten, Stunden oder Tagen</b>
--	---	--	---

## BESCHREIBUNG DES EREIGNISSES

(Sicherheit bei Tieren bzw. Menschen/mangelnde Wirksamkeit/Wartezeit/Umweltprobleme)

Bitte ebenfalls angeben, ob die unerwünschte Wirkung behandelt wurde, wie und womit und mit welchem Ergebnis?

**ANDERE RELEVANTE ANGABEN (z. B. Kopien über durchgeführte oder laufende Untersuchungen, Kopie des medizinischen Berichts, wenn Menschen betroffen sind)**

### REAKTION BEIM MENSCHEN (In diesem Fall bitte unteres Feld komplett ausfüllen.)

- Kontakt mit dem behandelten Tier
- Orale Einnahme
- Hautkontakt
- Augenkontakt
- Selbstinjektion  Finger  Hand  Gelenk  andere Stelle
- Sonstiges (absichtlich....)

Höhe der Dosis:

Datum:

Ort:

Name und Unterschrift des Einsenders:

**Kontakt-Telefonnr.** (falls von der auf Seite 1 angegebenen Nummer abweichend)