

EU- formulier melding vermoedelijke bijwerking van diergeneesmiddelen voor dierenartsen & beroepsoefenaars in de gezondheidszorg

Formulier op te sturen naar: CID LINES N.V. Waterpoortstraat 2 8900 Ieper - BE Fax: 003257217879 Phone: 0032475988363 E-mail: pharmacovigilance@cidlines.com Website: www.cidlines.com						Ref. Nummer:	
IDENTIFICATIE			NAAM EN ADRES VAN AFZENDER			PATIENTEIGENAAR IDENTIFICATIE	
Productveiligheid Bij dieren <input type="checkbox"/> Bij de mens <input type="checkbox"/> Gebrek aan te verwachten werkzaamheid <input type="checkbox"/> Residu na wachttermijn <input type="checkbox"/> Milieutoxiciteit <input type="checkbox"/>			Dierenarts <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Anders <input type="checkbox"/> Tel: _____ Fax: _____			<i>(houdt rekening met Wet op de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van de persoonsgegevens)</i>	
PATIENT(EN) Dier(en) <input type="checkbox"/> Mens <input type="checkbox"/> <i>(vermeld hieronder enkel leeftijd en geslacht)</i>							
Soort	Ras	Geslacht	Status	Leeftijd	Gewicht	Reden van behandeling / diagnose	
		Vrouwelijk <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/>	Gesteriliseerd <input type="checkbox"/> Drachtig <input type="checkbox"/>				
GEBUIKTE DIERGENEESMIDDELEN IN VERBAND MET DE MELDING EN TOEGEDIEND VÓÓR DE REACTIE <i>(bij meer dan drie toegepaste middelen gelieve een tweede formulier te gebruiken)</i>							
Naam van diergeneesmiddel			1	2	3		
Farmaceutische vorm en sterkte (bijv: 100 mg tablet)							
Registratienummer							
Batch of lot nummer							
Toedieningswijze en -plaats							
Dosis / Frequentie							
Dosis / Frequentie Startdatum Einddatum							
Wie heeft het middel toegepast? (dierenarts, eigenaar, andere)							
Denkt u dat de reactie veroorzaakt is door het middel			Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>		
Is de registratiehouder geïnformeerd?			Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>		

DATUM VAN DE VERMOEDELIJKE BIJWERKING /...../.....	Tijd tussen toepassing en reactie in minuten, uren of dagen)	Aantal behandeld	Duur van de reactie in minuten, uren of dagen
		Aantal met reactie	
		Aantal dood	

Beschrijving van de ongewenste reactie (Bijwerking bij dieren of reactie bij mens / Gebrek aan te verwachten werkzaamheid / Residu na wachttermijn / Milieutoxiciteit) – Aangeven a.u.b:

Is de ongewenste reactie behandeld, hoe en waarmee en met welk resultaat?

ANDERE BELANGRIJKE GEGEVENS (Eventueel in bijlage, bijvoorbeeld laboratoriumuitslagen, sectieverslagen,enz)

REACTIES BIJ DE MENS

Indien de melding betrekking heeft op een reactie bij de mens, gelieve onderstaande gegevens ook in te vullen.

- Contact met een behandeld dier
- Orale opname
- Via de huid
- In het oog
- Accidentele injectie vinger hand gewricht anders
- Andere

Vink aan indien u wenst dat uw naam en adres niet verzonden worden naar de registratiehouder indien verdere informatie nodig blijkt.:

Datum: **Plaats:** **Naam en handtekening verzender:**

Contactadres (Tel.nummer) (indien afwijkend van gegevens op blz 1)