

= Champs obligatoires | Si vous ne connaissez pas la réponse, indiquez une estimation ou « n/a ».

I. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Déclarant		
Nom, prénom	Profession	Téléphone
Rue, n°	Code postal, ville	Email
Type de déclaration		
Effet indésirable chez l'animal	Manque / absence d'efficacité	Utilisation « off label »
Ecotoxicité	Problème de résidus / délais d'attente	

II. ANIMAL

Espèce	Race	Age	Poids (kg)	
Sexe	Statut physiologique	Animal de rente		
femelle	en gestation	oui		
mâle	en lactation	non		
castré	sans particularités	Cheval (animal de compagnie)		
	inconnu	ne s'applique pas		
Etat de santé avant le début du traitement				
bon	moyen	mauvais	critique	inconnu
Antécédents (maladies des reins, du foie, du cœur, allergies ...)				
Indication à l'origine du traitement				
prophylaxie :		thérapie :		
Pronostic au début du traitement				
bon	moyen	mauvais	critique	inconnu

III. MÉDICAMENT(S)

Si plus de 3 produits ont été utilisés, prière de copier le présent formulaire.

	Médicament (1)	Médicament (2)	Médicament (3)
Nom du produit			
Prés. pharmacologique (p. ex. comprimés de 100 mg)			
Numéro de lot (« Lot »)			
Date de péremption (« Exp »)			
Qui a administré le médicament ?	Vétérinaire Propriétaire autre :	Vétérinaire Propriétaire autre :	Vétérinaire Propriétaire autre :
Voie d'administration (p. ex. iv., sc., im., oral) <small>Injection/local, site d'administration</small>			
Dosage et intervalle d'administration			
Durée d'administration	Première administration : Dernière administration :	Première administration : Dernière administration :	Première administration : Dernière administration :
Premier traitement avec ce médicament	oui nein* inconnu * Combien d'applications précédentes ?	oui non* inconnu * Combien d'applications précédentes ?	oui non* inconnu * Combien d'applications précédentes ?
Réactions aux traitements précédents ?	oui non inconnu	oui non inconnu	oui non inconnu
Votre appréciation (causalité)	probable possible aucune relation inconnu	probable possible aucune relation inconnu	probable possible aucune relation inconnu

IV. EFFET(S) INDÉSIRABLE(S)

Temps entre l'administration du (des) produit(s) et l'apparition des symptômes

minutes* heures* jours* après: première application dernière application

Durée des symptômes

minutes* heures* jours* * environ, ne remplir que le nécessaire

Description de l'effet indésirable

Evolution de la réaction indésirable

Diminution: après arrêt sans arrêt La réaction peut être reproduite (re-challenge)

Mesures prises pour combattre la réaction indésirable

Arrêt du traitement Réduction de la dose
Nouveau médicament : Traitement médicamenteux de la réaction indésirable :

Nom, dosage, voie d'application.

Nom, dosage, voie d'application.

La réaction a été traitée avec succès

oui non

Etat de santé actuelle

guérison complète inconnu
euthanasié / abattu / mort convalescent
guérison avec séquelles : autre :

Autres informations pertinentes

V. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES, REMARQUES

Date

Signature

Lieu

Utilisez le stylet pour signer.



Acrobat



Chrome



Edge



Firefox

VI. SOUMETTRE LE FORMULAIRE

Si le formulaire est rempli directement dans Adobe Acrobat, il peut être envoyé par voie électronique à l'aide du bouton « Envoyer ». Le formulaire dûment rempli peut également être envoyé par e-mail à **regulatory@graeub.com** ou par courrier postal à **Dr. E. Graeub AG, Rehhagstrasse 83, CH-3018 Berne.**

ENVOYER