

= 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) Injection/local, site d'administration					
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 inconnu * Combien d'applications précédentes ?	nein* inconnu * Combien d'applications précédentes ?	oui inconnu * Combien d'applications précédentes ?	oui inconnu * Combien d'applications précédentes ?	
Réactions aux traitements précédents ?	oui inconnu	non	oui inconnu	non	oui inconnu
Votre appréciation (causalité)	probable possible aucune relation inconnu	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