

= Pflichtfelder | Falls Sie die Antwort nicht wissen, tragen Sie einen Schätzwert oder «n/a» ein.

I. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Melder/-in

Name, Vorname

Beruf

Telefon

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Art der Meldung

Unerwünschte Wirkung beim Tier

Ausbleiben der Wirksamkeit

Out of label use

Umweltsicherheit

Rückstände / Absetzfristen

II. TIER

Spezies

Rasse

Alter

Gewicht (kg)

Geschlecht

Status

Nutztier

weiblich

trächtig

ja

männlich

laktierend

nein

kastriert

ohne Besonderheiten

Pferd (Heimtierstatus)

unbekannt

nicht zutreffend

Gesundheitsstatus vor Behandlung

gut

mässig

schlecht

kritisch

unbekannt

Relevante Vorgeschichte (Nieren-, Leber-, Herzkrankheiten, Allergien, andere ...)

Behandlungsgrund

prophylaktisch:

therapeutisch:

Prognose vor Therapiebeginn

gut

mässig

schlecht

kritisch

unbekannt

III. MEDIKAMENT(E)

Falls mehr als drei Produkte benötigt werden, bitte ein weiteres Formular zusätzlich ausfüllen.

	Medikament (1)	Medikament (2)	Medikament (3)
Markenname			
Pharmakologische Form (z. B. 100 mg Tabletten)			
Chargennummer («Lot»)			
Verfalldatum («Exp»)			
Wer hat das Medikament verabreicht?	Tierarzt/-ärztin Besitzer/-in andere(r):	Tierarzt/-ärztin Besitzer/-in andere(r):	Tierarzt/-ärztin Besitzer/-in andere(r):
Applikationsart (z. B. iv., sc., im., oral) <small>Injektion / lokal, anatomische Stelle</small>			
Dosierung und Dosierungsintervall			
Dauer Verabreichung	Erste Applikation: Letzte Applikation:	Erste Applikation: Letzte Applikation:	Erste Applikation: Letzte Applikation:
Erstbehandlung mit Medikament	ja nein* unbekannt * Wie viele vorherige Anwendungen?	ja nein* unbekannt * Wie viele vorherige Anwendungen?	ja nein* unbekannt * Wie viele vorherige Anwendungen?
Reaktion zum vorherigen Gebrauch?	ja nein unbekannt	ja nein unbekannt	ja nein unbekannt
Beurteilung des Kausalzusammenhangs	wahrscheinlich möglich unwahrscheinlich nicht beurteilbar	wahrscheinlich möglich unwahrscheinlich nicht beurteilbar	wahrscheinlich möglich unwahrscheinlich nicht beurteilbar

IV. UNERWÜNSCHTE WIRKUNG(EN)

Zeit zwischen Verabreichung und Auftreten der Symptome

Minuten* Stunden* Tage* nach: erster Applikation letzter Applikation

Dauer der Symptome

Minuten* Stunden* Tage* * ungefähr, nur zutreffendes ausfüllen

Beschreibung der unerwünschten Arzneimittelwirkung

Entwicklung der unerwünschten Reaktion

Abklingen: mit Absetzen ohne Absetzen Reaktion ist reproduzierbar (re-challenge)

Massnahmen gegen die unerwünschte Reaktion(en)

Behandlung wurde abgesetzt Dosis wurde reduziert
Umstellung auf neues Medikament: Medikamentöse Behandlung der Reaktion:

Markenname, Dosis, Applikationsweg angeben.

Markenname, Dosis, Applikationsweg angeben.

War die Behandlung erfolgreich?

ja nein

Aktueller Gesundheitszustand

vollständig erholt unbekannt
euthanasiert / geschlachtet / gestorben in Genesung
bleibende Folgeschäden: andere:

Andere relevante Informationen

V. ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN, BEMERKUNGEN

Datum

Unterschrift

Ort

Nutzen Sie den Zeichenstift für die Unterzeichnung.



Acrobat



Chrome



Edge



Firefox

VI. FORMULAR EINREICHEN

Wenn das Formular direkt in Adobe Acrobat ausgefüllt wird, kann es über die Schaltfläche «Senden» elektronisch eingereicht werden. Alternativ kann das vollständig ausgefüllte Formular per E-Mail an **regulatory@graeub.com** oder postalisch an **Dr. E. Graeub AG, Rehhagstrasse 83, CH-3018 Bern** übermittelt werden.

SENDEN