

= 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)
<b>Markenname</b>			
<b>Pharmakologische Form (z. B. 100 mg Tabletten)</b>			
<b>Chargennummer («Lot»)</b>			
<b>Verfalldatum («Exp»)</b>			
<b>Wer hat das Medikament verabreicht?</b>	Tierarzt/-ärztin Besitzer/-in andere(r):	Tierarzt/-ärztin Besitzer/-in andere(r):	Tierarzt/-ärztin Besitzer/-in andere(r):
<b>Applikationsart (z. B. iv., sc., im., oral)</b> Injektion / lokal, anatomische Stelle			
<b>Dosierung und Dosierungsintervall</b>			
<b>Dauer Verabreichung</b>	Erste Applikation:	Erste Applikation:	Erste Applikation:
	Letzte Applikation:	Letzte Applikation:	Letzte Applikation:
<b>Erstbehandlung mit Medikament</b>	ja unbekannt	ja unbekannt	ja unbekannt
	* Wie viele vorherige Anwendungen?	* Wie viele vorherige Anwendungen?	* Wie viele vorherige Anwendungen?
<b>Reaktion zum vorherigen Gebrauch?</b>	ja unbekannt	ja unbekannt	ja unbekannt
<b>Beurteilung des Kausalzusammenhangs</b>	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](mailto:regulatory@graeub.com) oder postalisch an **Dr. E. Graeub AG, Rehhagstrasse 83, CH-3018 Bern** übermittelt werden.

**SENDEN**