

## Meldung unerwünschter Tierarzneimittelwirkungen Synthetika oder Impfstoffe

Institut für Veterinärpharmakologie und –toxikologie Pharmacovigilance Winterthurerstrasse 260 8057 Zürich Tel: 044.635.87.72 email: uaw@vetvigilance.ch	Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut Abt. TAM - Vigilance Tierarzneimittel Hallerstrasse 7 3012 Bern vetvigilance@swissmedic.ch
--	---

### I. Allgemeine Informationen

<b>Melderin/Melder (Name, Adresse)</b>  Email:  Tel.: Fax:	<b>Behandelt durch... (Name, Adresse)</b> <input type="checkbox"/> Gleich wie Melder  Email:  Tel.: Fax:
<b>Meldende Person ist...</b> <input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Fachhandel <input type="checkbox"/> Andere:	
<b>Diese Meldung ist...</b> <input type="checkbox"/> Erstmeldung <input type="checkbox"/> Follow-up	<b style="color: red;">Vertriebsfirma wurde informiert</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Art der Meldung</b> <input type="checkbox"/> Unerwünschte Wirkung Tier <input type="checkbox"/> Reaktion beim Anwender / Mensch <input type="checkbox"/> Unwirksamkeit <input type="checkbox"/> Rückstände / Wartezeiten <input type="checkbox"/> Ökotoxizität <input type="checkbox"/> Andere:	

### II. Tier

Anzahl Tiere behandelt:	Anzahl Tiere reagierend:	Anzahl tote:
Spezies :	Rasse :	Identifikation:
Nutztier: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Pferd mit Heimtierstatus (TAMV Art. 15)		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> kastriert <input type="checkbox"/> trächtig <input type="checkbox"/> laktierend		
Gewicht (kg): <input type="checkbox"/> unbekannt      Alter: <input type="checkbox"/> Jahre <input type="checkbox"/> Monate <input type="checkbox"/> Tage <input type="checkbox"/> unbekannt		
Gesundheitsstatus vor Behandlung: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> kritisch <input type="checkbox"/> unbekannt		
Relevante Vorgeschichte (Niere-, Leber-, Herzkrankheiten, Allergien, andere...)   Ursprünglicher Grund zur Behandlung  <input type="checkbox"/> Prophylaktische Anwendung		

Prognose am Anfang der Therapie:  gut  mässig  schlecht  kritisch  unbekannt

**Nur für unerwünschte Wirkungen von immunologischen Tierarzneimitteln**

**Impfanamnese**

Datum Impfung	Impfstoff	Batch Nr.	Dosis	Verabreichungsart

**III. Tierarzneimittel (falls mehrere siehe auch IV.)**

**Handelsname:**

Vertreiberin/ZulassungsinhaberIn:

Swissmedic Nr (4/5-Stellig):

Wirkstoff(e), nur falls kein Markenname:

Lot/Batch-Nummer:  unbekannt      Verfalldatum:  unbekannt

Zustand der Verpackung:  gut  mässig  schlecht  unbekannt

Lagerungsbedingungen:  gut  mässig  schlecht  unbekannt

Umwidmung (nicht für diese Tierart zugelassen):  Ja  Nein

Wer hat Medikament appliziert?  Tierarzt  Tierbesitzer  unbekannt/andere

Applikationsart:  intravenös  intramuskulär  subkutan  intramammär  oral

nasal  okular  intradermal  topisch (Fell / Haut)

andere:  unbekannt

Falls Injektion, anatomische Stelle:

Falls oral, mit Futter?  ja  nein      Futter:

**Dosierung und Dosierungsintervall**

Entspricht Empfehlungen:  ja  nein: warum?

Erstbehandlung mit Medikament:  ja  nein, wie oft schon:  unbekannt

Reaktion zum vorherigen Gebrauch:  ja  nein  unbekannt

## IV. Unerwünschte Wirkung(en)

<b>Erste</b> Applikation am:	<b>Letzte</b> Applikation am:
Dauer bis Auftritt der Symptome:      Min      Std      Tage (ungefähr, nur zutreffendes ausfüllen !)	
nach <input type="checkbox"/> erster <input type="checkbox"/> letzter Applikation	
<b>Andere gleichzeitig applizierte Medikamente</b> (Markenname, Dosierung, Frequenz, Applikationsweg...) <b>Hier bitte keine Medikamente zur Behandlung der unerwünschten Wirkung angeben, siehe unten.</b>	
<b>Symptome</b>	
Entwicklung der unerwünschten Reaktion: <input type="checkbox"/> Abklingen mit Absetzen <input type="checkbox"/> Abklingen OHNE Absetzen <input type="checkbox"/> Reaktion ist reproduzierbar (re-challenge) <input type="checkbox"/> Keine Änderung	
<b>Massnahmen gegen unerwünschte Reaktion(en)</b>	
<input type="checkbox"/> Behandlung abgesetzt <input type="checkbox"/> Dosis reduziert <input type="checkbox"/> Neues Medikament (Umstellung): <input type="checkbox"/> Medikamentöse Behandlung der Reaktion (Markenname, Dosis, Applikationsweg)	
Behandlung erfolgreich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Aktueller Gesundheitszustand: <input type="checkbox"/> Vollständig erholt <input type="checkbox"/> Bleibende Folgeschäden <input type="checkbox"/> Euthanasiert/gestorben <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> andere:	
<b>Ev. durchgeführte weiterführende Untersuchungen</b>	
<b>Stehen Berichte/Bilder zur Verfügung</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	
Wurden andere mögliche Ursachen ausgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Falls ja, welche:	
Wurde eine solche Reaktion schon beobachtet: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja bei: <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> Rind <input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> andere:	

## V. Beurteilung

Ihre Beurteilung der Kausalität  Wahrscheinlich  Möglich  Kein Zusammenhang  Weiss nicht

## VI. Zusätzliche Informationen, Bemerkungen, usw.