

# Formular

## Extern UAW Tamvigilance

**Identifikationsnummer:** MU101\_40\_001  
**Version:** 10.1  
**Gültig ab Datum:** 09.08.2024

Institut für Veterinärpharmakologie und –toxikologie Pharmacovigilance Winterthurerstrasse 260 8057 Zürich Tel: 044.635.87.72 email: uaw@vetvigilance.ch	Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut AMS - 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>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		

<p>Relevante Vorgeschichte (Niere-, Leber-, Herzkrankheiten, Allergien, andere...)</p> <p>Ursprünglicher Grund zur Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Prophylaktische Anwendung</p> <p>Prognose am Anfang der Therapie: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> kritisch <input type="checkbox"/> unbekannt</p>

<b>Nur für unerwünschte Wirkungen von immunologischen Tierarzneimitteln</b>				
<b>Impfanamnese</b>				
Datum Impfung	Impfstoff	Batch Nr.	Dosis	Verabreichungsart

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

<b>Handelsname:</b>	
Vertreiberin/ZulassungsinhaberIn:	
Swissmedic Nr (4/5-Stellig):	
Wirkstoff(e), nur falls kein Markenname:	
Lot/Batch-Nummer: <input type="checkbox"/> unbekannt	Verfalldatum: <input type="checkbox"/> unbekannt
Zustand der Verpackung: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> unbekannt	
Lagerungsbedingungen: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> unbekannt	
Umwidmung (nicht für diese Tierart zugelassen): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wer hat Medikament appliziert? <input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Tierbesitzer <input type="checkbox"/> unbekannt/andere	
Applikationsart: <input type="checkbox"/> intravenös <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan <input type="checkbox"/> intramammär <input type="checkbox"/> oral	
<input type="checkbox"/> nasal <input type="checkbox"/> okular <input type="checkbox"/> intradermal <input type="checkbox"/> topisch (Fell / Haut)	
<input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> 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)

**Erste** Applikation am:

**Letzte** Applikation am:

Dauer bis Auftritt der Symptome:      Min      Std      Tage (ungefähr, nur zutreffendes ausfüllen

!)

nach  erster  letzter Applikation

**Andere gleichzeitig applizierte Medikamente** (Markenname, Dosierung, Frequenz, Applikationsweg...)

Hier bitte keine Medikamente zur Behandlung der unerwünschten Wirkung angeben, siehe unten.

**Symptome**

Entwicklung der unerwünschten Reaktion:  Abklingen mit Absetzen  Abklingen OHNE Absetzen  
 Reaktion ist reproduzierbar (re-challenge)  Keine Änderung

**Massnahmen gegen unerwünschte Reaktion(en)**

Behandlung abgesetzt  Dosis reduziert  Neues Medikament (Umstellung):  
 Medikamentöse Behandlung der Reaktion (Markenname, Dosis, Applikationsweg)

Behandlung erfolgreich:  ja  nein

Aktueller Gesundheitszustand:  Vollständig erholt  Bleibende Folgeschäden  
 Euthanasiert/gestorben  Unbekannt  andere:

**Ev. durchgeführte weiterführende Untersuchungen**

**Stehen Berichte/Bilder zur Verfügung**  ja  nein  unbekannt

Wurden andere mögliche Ursachen ausgeschlossen?  ja  nein

Falls ja, welche:

Wurde eine solche Reaktion schon beobachtet:  nein  ja bei:  Hund  Katze  Pferd  Rind  
 Schwein  andere:

## V. Beurteilung

Ihre Beurteilung der Kausalität  Wahrscheinlich  Möglich  Kein Zusammenhang  Weiss nicht

## VI. Zusätzliche Informationen, Bemerkungen, usw.