



Meldung unerwünschter Tierarzneimittelwirkungen

Eine UAW Meldung muss nicht zwingend mittels Formulars erstattet werden!! Sie können uns die wichtigsten Informationen telefonisch oder per mail melden. In diesem Fall bitten wir Sie aber um Verständnis, dass wir eventuell zusätzliche Informationen später einholen müssen. Das Formular dient als Richtlinie für die Informationen, welche zu einer richtigen Einschätzung des Falles führen.

Tel. 044.635.87.72 oder falls keine Antwort 044.635.87.71

uaw@vetvigilance.ch

Institut für Veterinärpharmakologie und –toxikologie Vigilance Tierarzneimittel Winterthurerstrasse 260 CH-8057 Zürich Fax: 044.635.89.10	Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut AMS - Vigilance Tierarzneimittel Hallerstrasse 7 CH-3000 Bern 9 Fax: 031.322.04.18
---	---

I. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Bitte leer lassen!!	
Meldungsnummer (ausgefüllt durch Swissmedic)	
Melder (Name, Adresse) Email: Tel.: Fax:	Behandelnder Tierarzt (Name, Adresse) <input type="checkbox"/> Gleich wie Melder Email: Tel.: Fax:
Meldende Person ist... <input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Andere:	
Diese Meldung ist... <input type="checkbox"/> Erstmeldung <input type="checkbox"/> Follow-up	Die Vertriebsfirma wurde informiert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art der Meldung <input type="checkbox"/> Unerwünschte Wirkung Tier <input type="checkbox"/> Reaktion beim Anwender / Mensch <input type="checkbox"/> Unwirksamkeit <input type="checkbox"/> Rückstände / Absetzfristen <input type="checkbox"/> Ökotoxizität <input type="checkbox"/> Andere:	

II. TIER

Anzahl Tiere behandelt:	Anzahl Tiere reagierend:	Anzahl tote:
Spezies :	Rasse :	
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: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> kritisch <input type="checkbox"/> unbekannt		

III. MEDIKAMENT (FALLS MEHRERE SIEHE AUCH IV.)

Markenname:	ATCvet:
Vertreiber:	Swissmedic Nr (5-Stellig): <input type="checkbox"/> Import
Wirkstoff(e), falls kein Markenname:	
Lot-Nummer:	Verfalldatum:
Umwidmung (nicht für diese Tierart zugelassen): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Zustand der Verpackung: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> unbekannt	
Lagerungsbedingungen (Temperatur!!): <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mässig <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> unbekannt	
Wer hat Medikament appliziert? <input type="checkbox"/> Tierarzt <input type="checkbox"/> Tierbesitzer <input type="checkbox"/> mehrere Personen <input type="checkbox"/> unbekannt/andere	
Applikationsart: <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> intravenös <input type="checkbox"/> intramuskulär <input type="checkbox"/> subkutan <input type="checkbox"/> topisch (Fell / Haut) <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> unbekannt	
Falls Injektion, anatomische Stelle:	
Falls peroral, mit Futter? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Futter:
Dosierung und Dosierungsintervall	
Entspricht Empfehlungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: warum?	
Erstbehandlung mit Medikament: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wie oft schon: <input type="checkbox"/> unbekannt	
Reaktion zum vorherigen Gebrauch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	

IV. UNERWÜNSCHTE WIRKUNG(EN)

Erste Applikation am:	Letzte Applikation am:		
Dauer bis Auftritt der Symptome:	Min	Std	Tage (ungefähr, nur zutreffendes ausfüllen !)
nach <input type="checkbox"/> erster <input type="checkbox"/> letzter Applikation			
Andere gleichzeitig applizierte Medikamente (Markenname, Dosierung, Frequenz, Applikationsweg,...) Hier sind NICHT Medikamente zur Behandlung der unerwünschten Wirkung gemeint, siehe unten!			
Symptome			
Entwicklung der unerwünschten Reaktion: <input type="checkbox"/> Abklingen mit Absetzen <input type="checkbox"/> Abklingen OHNE Absetzen <input type="checkbox"/> Reaktion ist reproduzierbar (re-challenge)			
Massnahmen gegen unerwünschte Reaktion			
<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:			
Ev. durchgeführte weiterführende Untersuchungen			
Stehen Berichte/Bilder zur Verfügung <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 (Kausalität) <input type="checkbox"/> Wahrscheinlich <input type="checkbox"/> Möglich <input type="checkbox"/> Kein Zusammenhang <input type="checkbox"/> Zu wenig Informationen	
Beurteilung Swissmedic (Bitte leer lassen!)	<input type="checkbox"/>
Bitte leer lassen!	<input type="checkbox"/>

VI. ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN, BEMERKUNGEN, KURZE BESCHREIBUNG