

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

Melderin/Melder (Name, Adresse) Email: Tel.: Fax:	Behandelt durch... (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"/> Fachhandel <input type="checkbox"/> Andere:	
Diese Meldung ist... <input type="checkbox"/> Erstmeldung <input type="checkbox"/> Follow-up	<b style="color: red;">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 / 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>

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: <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.