



Agenția Națională pentru Siguranța Alimentelor
 MD-2004, 180, bl Stefan cel Mare, Chișinău
 Tel/Fax. 022 210 156
 E-mail: info@ansa.gov.md,
 website: www.ansa.gov.md

CONFIDENȚIAL:
 Se utilizează numai de către
 angajații ANSA.

Nr. Data:

FARMACOVIGILENȚA VETERINARĂ FORMULAR DE RAPORTARE A REACȚIILOR ADVERSE

Acest formular urmează a fi completat și transmis Agenției Naționale pentru Siguranța Alimentelor (adresa de mai sus) în caz că suspectați reacții adverse la animale, păsări și pești în timpul sau după administrarea produsului farmaceutic de uz veterinar.

Proprietarul animalului		Datele de contact ale declarantului (expeditorului)	
Numele		Numele.....	
Prenumele		Prenumele.....	
Adresa.....		Adresa.....	
.....		Tel.	
		medic veterinar <input type="checkbox"/> medic veterinar farmacist <input type="checkbox"/> altul <input type="checkbox"/>	
Animalul(e) tratat(e)	Nr. de animale tratate	Nr. de animale care au reacționat.....	Nr. de animale moarte.....
Specia.....	Rasa.....	Nr. de identificare (crotalia/tatuaj/cip)	
	tipul de producție: lapte <input type="checkbox"/> carne <input type="checkbox"/>	
Sexul: Femelă <input type="checkbox"/>	Mascul <input type="checkbox"/>	Starea fiziologică:	
		Gestantă <input type="checkbox"/> Sterilizată <input type="checkbox"/> Lactantă <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>	
Greutatea corporală (kg)		Vârsta	
Starea sănătății la momentul administrării: Bună <input type="checkbox"/> Satisfăcătoare <input type="checkbox"/> Rea <input type="checkbox"/> Critică <input type="checkbox"/> Necunoscută <input type="checkbox"/>			
Scopul administrării: Tratament <input type="checkbox"/> Profilactic <input type="checkbox"/> Altul <input type="checkbox"/>			
Motivul aplicării tratamentului (diagnosticul sau simptomele):			
PRODUSELE FARMACEUTICE DE UZ VETERINAR ADMINISTRATE ÎNAINTE DE REACȚIA ADVERSĂ SUSPECTATĂ			
<i>(dacă au fost administrate mai multe produse decât nr. căsuțelor disponibile vă rugăm să multiplicați acest formular)</i>			
Denumirea produsului farmaceutic de uz veterinar administrat	1.	2.	3.
Forma farmaceutică și concentrația			
Certificat de înregistrare al produsului farmaceutic de uz veterinar nr.			
Serie/lot:			

Calea/ locul de administrare			
Doza/frecvența			
Durata tratamentului (de la ... pînă la ...)			
Cine a administrat produsul farmaceutic de uz veterinar (veterinarul, proprietarul, alții)			
Credeți că reacția adversă a fost provocată de acest produs?	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
A fost informat deținătorul certificatului de înregistrare al produsului farmaceutic de uz veterinar?	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
Data apariției reacției adverse suspectate/...../.....	Timpul scurs între administrare și apariția primelor semne clinice, în minute, ore sau zile	Durata reacției adverse, în minute, ore sau zile	Nr. animalelor tratate Nr. animalelor reactive Nr. animalelor moarte
Descrierea cazului (informații despre siguranța animalului, eficacitate, timp de așteptare, protecția mediului). <u>Vă rugăm să descrieți:</u> Indicați de asemenea dacă animalul cu reacție adversă a fost tratat, cum, cu ce și care au fost rezultatele.			
<p>Alte date relevante (anexați și alte documente, de ex. investigații, realizate sau în curs de realizare)</p>			
Dacă nu sunteți de acord ca numele și adresa Dv. completă să fie transmisă deținătorului certificatului de înregistrare al produsului farmaceutic de uz veterinar (dacă asemenea informații sunt solicitate), vă rugăm bifați această casuță. <input type="checkbox"/>			
Data:	Numele și semnătura:		