

MINISTERE D'ETAT

Département de l'Intérieur

**Direction de l'Action
Sanitaire et Sociale****PHARMACOVIGILANCE
VETERINAIRE****ANNEXE I****Formulaire de déclaration
d'effet indésirable chez l'animal
susceptible d'être dû à un médicament
vétérinaire****REFERENCES**

N° de dossier :

Date :

Rapport :

DECLARATION A ADRESSER AU

**CENTRE DE PHARMACOVIGILANCE
VETERINAIRE DE LYON**ECOLE NATIONALE VETERINAIRE
BP 83
69280 MARCY L'ETOILE**NOM DE LA PERSONNE EXPOSEE**

Nom (3 premières lettres) _____

Prénom (première lettre) _____

Département de résidence _____

CACHET DU DECLARANT**COORDONNEES DU DECLARANT**

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

N° de téléphone : _____

Vétérinaire Pharmacien Médecin Autre

ANIMAL(AUX) TRAITE(S)	Nb d'animaux traités :	Nb d'animaux avec signes :	Nb d'animaux morts :
Espèce :	Race/ type d'élevage :	Identification/ Tatouage :	
Sexe/ physiologie : Mâle <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Gestation <input type="checkbox"/> Castration <input type="checkbox"/> Allaitement <input type="checkbox"/> Autre :			
Poids (kilos) :		Age :	
Etat de santé au moment du traitement : Bon <input type="checkbox"/> Correct <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Critique <input type="checkbox"/> Non connu <input type="checkbox"/>			
Traitement : Curatif <input type="checkbox"/> Préventif <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/>			
Diagnostic / Symptômes traités :			

MEDICAMENT(S) ADMINISTRE(S)	1	2	3	4
Nom de spécialité				
Forme pharmaceutique				
Principe(s) actif(s)				
Dosage				
Société (titulaire et/ou exploitant)				
Voie d'administration				
Posologie /schéma vaccinal				
Début du traitement (date et heure)				
Fin du traitement (date et heure)				
N° d'AMM				
N° de lot				
Date de préemption				

AUTRES RENSEIGNEMENTS				
Médicament administré par	Vétérinaire <input type="checkbox"/>	Propriétaire <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
Arrêt du (des) médicament(s)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) : n°	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Disparition de la réaction après arrêt d'un(des) médicament(s)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) : n°	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Un ou des médicaments ont-ils été ré-administrés ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) : n°	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Réapparition de la réaction après réintroduction	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) : n°	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Traitement antérieur avec un(des) médicament(s) concerné(s)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) : n°	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

EFFET INDESIRABLE		EVOLUTION	Nombre d'animaux	Date
Département de survenue		Mort		
Date de survenue		Euthanasie		
Durée de l'effet		Guérison sans séquelles		
Description de l'effet : utiliser le cadre ci-dessous		Guérison avec séquelles		
		Inconnue		

DESCRIPTION DE L'EFFET INDESIRABLE

Description de la séquence des événements y compris l'administration de médicaments, des signes cliniques, de leur sévérité, des examens complémentaires (laboratoire, nécropsie,...) et toute autre information utile :

TRAITEMENT ENTREPRIS A L'APPARITION DE L'EFFET INDESIRABLE :**INVESTIGATIONS D'AUTRES HYPOTHESES :****AVIS SUR LE CAS :****NOM DU DECLARANT, DATE ET SIGNATURE :**