

Formulaire de déclaration d'effets indésirables sous Masivet

Formulaire à faire parvenir à Pharmacovigilance@ab-science.com Fax: 33 (0)1 47 20 10 82 AB SCIENCE 3 avenue Georges V 75008 - PARIS	
--	--

TYPE D'EVENEMENT	NOM ET ADRESSE DE L'EXPÉDITEUR	GRAVITE D'EVENEMENT
<input type="checkbox"/> <i>Effet indésirable</i> <input type="checkbox"/> <i>Manque d'efficacité</i> <input type="checkbox"/> <i>Usage non conforme au RCP</i> <input type="checkbox"/> <i>Environnement</i> <input type="checkbox"/> <i>Agent infectieux</i> <input type="checkbox"/> <i>Résidus</i>	Vétérinaire <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> <hr/> N° tél _____ N° fax _____ E-mail _____	<input type="checkbox"/> <i>Décès</i> <input type="checkbox"/> <i>Mise en jeu du pronostic vital</i> <input type="checkbox"/> <i>Incapacité/invalidité permanente</i> <input type="checkbox"/> <i>Anomalie/malformation congénitale</i> <input type="checkbox"/> <i>Autre situation médicale grave</i> <input type="checkbox"/> <i>Non grave</i>

PATIENT(S) *Animal (aux)* *Être(s) humain(s)* *(pour les humains, ne mentionner ci-dessous que l'âge et le sexe)*

Espèce	Race	Sexe	Statut	Âge/Date de naissance	Poids (kg)	Etat de santé avant le début du Masivet
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Stérilisée <input type="checkbox"/> Gravide <input type="checkbox"/> Stérilisé <input type="checkbox"/>			Bon <input type="checkbox"/> Correct <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Critique <input type="checkbox"/> Non connu <input type="checkbox"/>

Antécédents/facteurs de risque _____

MEDICAMENT SUSPECT (Masivet@)

Début d'utilisation	Voie/site d'administration	Posology	Fin d'utilisation	Indication	Numéro de lot – Date de péremption

Administration du Masivet @ par Vétérinaire propriétaire autre

MÉDICAMENTS VÉTÉRINAIRES ADMINISTRÉS AVANT L'EFFET INDÉSIRABLE SUSPECTÉ
(Si le nombre de produits administrés dépasse le nombre de cases disponibles, veuillez dupliquer ce formulaire)

Médicament	Voie/site d'administration	Posologie	Début d'utilisation	Administré par : vétérinaire, propriétaire, autre	Fin d'utilisation	Indication

Les autorités sanitaires ont-t-elles été informées ?
 Oui Non

DATE DE L'EFFET INDÉSIRABLE SUSPECTÉ ___/___/___	Temps écoulé entre l'administration et l'événement	Nombre traité Nombre ayant réagi	Durée de l'effet indésirable
Evolution : Décès <input type="checkbox"/> Euthanasie <input type="checkbox"/> Guérison avec séquelles <input type="checkbox"/> Guérison sans séquelles <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Date : ___/___/___			
DESCRIPTION DE L'EVENEMENT – Indiquez également si la réaction a été traitée, comment et à l'aide de quoi, et quel en a été le résultat ?			
Quelle est votre évaluation de la relation entre Masivet® et l'effet indésirable	Probable <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Non classifiable <input type="checkbox"/> Sans relation <input type="checkbox"/> Autre cause _____		
Autopsie <input type="checkbox"/> N° dossier : _____ Examens biologiques <input type="checkbox"/> : _____			
AUTRES DONNÉES PERTINENTES (JOINDRE DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES SI NÉCESSAIRE, par ex. investigations effectuées ou en cours, copie du rapport d'autopsie)			
CAS HUMAIN (Si le cas faisant l'objet du rapport concerne un être humain, veuillez également compléter les renseignements relatifs à l'exposition ci-après.)			
<ul style="list-style-type: none"> • Contact avec animal traité <input type="checkbox"/> • Ingestion orale <input type="checkbox"/> • Exposition topique <input type="checkbox"/> • Autres (délibéré ...) <input type="checkbox"/> Dose d'exposition : _____			
Date : _____ Lieu : _____ Nom et signature de l'expéditeur : _____			
Point de contact (téléphone) (si différent du numéro mentionné sur la page 1) _____			