

Durata del trattamento/ Esposizione			
Data di Inizio			
Data di fine			
Persona che ha somministrato il medicinale (veterinario, proprietario, altro)			
Pensa che la reazione sia dovuta a questo prodotto?	Si / No	Si / No	Si / No
È stato informato il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio?	Si / No	Si / No	Si / No

DATA DI INIZIO DELLA SOSPETTA REAZIONE AVVERSA ____ / ____ / ____	Tempo intercorso tra la somministrazione e l'evento espresso in minuti, ore o giorni	Numero di soggetti trattati _____	Durata della reazione avversa espressa in <u>minuti, ore o giorni</u>
		Numero di soggetti che hanno manifestato le reazioni _____	
		Numero di decessi _____	

DESCRIZIONE DELL'EVENTO (*questioni attinenti la sicurezza degli animali o dell'uomo/ l'assenza di efficacia attesa/ i tempi di attesa/ i problemi di impatto ambientale*)

Si indichi anche se la reazione è stata trattata, come, con che cosa e con quale risultato

ULTERIORI DATI RILEVANTI (si prega di allegare ulteriore documentazione se si ritiene necessario es. indagini realizzate o in atto, una copia del referto medico relativo ai casi umani) .

REAZIONE NELL'UOMO

Se il caso riportato si riferisce all'uomo, si prega anche di compilare i dettagli sull'esposizione sotto riportati

- Contatto con l'animale sottoposto a trattamento

Ingestione orale

Esposizione topica

Esposizione oculare

Esposizione per iniezione

dito

mano

articolazione

altro

Altro(intenzionale...)

Dose di esposizione:

Se non si desidera che il proprio nome ed indirizzo siano inviati al titolare dell'AIC qualora siano richieste ulteriori informazioni, si prega di barrare la casella

Data:

Località:

Nome e firma del mittente:

Altro recapito (telefono) (se differente dal numero indicato a pag. 1)