



## Meldung unerwünschter Tierarzneimittelwirkungen

### Wichtige Informationen

**Eine UAW Meldung muss nicht zwingend mittels Formulars erstattet werden!!** Sie können uns die wichtigsten Informationen telefonisch oder per mail melden. In diesem Fall bitten wir Sie aber um Verständnis, dass wir eventuell zusätzliche Informationen später einholen müssen. Das Formular dient als Richtlinie für die Informationen, welche wir zu einer richtigen Einschätzung des Falles benötigen.

**Tel. 044.635.87.72 oder falls keine Antwort 044.635.87.71**

**cedric.muentener@vetpharm.unizh.ch**

- Dieses Formular dient exklusiv einer Meldung per Fax oder Post** (Adressen, sowie Faxnummern siehe unten). Es sollte möglichst komplett ausgefüllt werden, d.h. jede bekannte Information sollte eingetragen werden, entweder in den entsprechenden Felder, oder als Freitext (unter „V. Zusätzliche Informationen“). Nur ein komplett ausgefülltes Formular kann zur richtigen Einschätzung des Falles (und daher zur passenden Massnahmen) führen!
- HINWEIS: Für Meldungen von unerwünschten Wirkungen nach der Anwendung von Immunbiologika (Vakzinen, Seren, Antikörpern) muss zwingend das Formular des Instituts für Viruskrankheiten (IVI, Vaccinovigilance) verwendet werden!!**
- Vergessen Sie bitte Ihre Beurteilung des Falles nicht (unter V.)**

Sie erhalten baldmöglichst eine Rückmeldung von uns! Wir danken für Ihre Mitarbeit!!

Institut für Veterinärpharmakologie und –toxikologie Pharmacovigilance Winterthurestrasse 260 CH-8057 Zürich <b>Tel: 044.635.87.72</b> <b>Fax: 044.635.89.10</b>	Swissmedic, Schweizerisches Heilmittelinstitut Abt. Tierarzneimittel – Pharmacovigilance Hallerstrasse 7 CH-3000 Bern 9 <b>Tel: 031.322.02.24</b> <b>Fax : 031.322.04.04</b>
---	---

### I. ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Bitte leer lassen! v. 6 11.11.2005		
Meldungsnummer (Bitte leer lassen)		
Melder -> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> Tierarzt / Tierklinik <input type="checkbox"/> Tierbesitzer <input type="checkbox"/> Tiermedizinstudent <input type="checkbox"/> Zulassungsinhaberin <input type="checkbox"/> Herstellerin <input type="checkbox"/> Forschung <input type="checkbox"/> Industrie <input type="checkbox"/> Behörde <input type="checkbox"/> Andere Privatperson	
Anrede, Name, Vorname		

Adresse	
Telefon	
Fax	
Email Adresse	
Art der Meldung	<input type="checkbox"/> Erstmeldung <input type="checkbox"/> Follow-up
Behandelnder Tierarzt (Adresse, Telefon,...)	
Datum der Reaktion	

## II. TIER

Spezies / Rasse	
Anzahl Tiere: Behandelt / Reagierend / Tot	/ / (z.B. 1/0/1)
Alter	Monate      Jahre (nur zutreffendes ausfüllen !)
Gewicht	kg
Geschlecht (siehe auch: „physiologischer Status“)	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Unbekannt
Falls Nutztier: zur Lebensmittelgewinnung	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Physiologischer Status	<input type="checkbox"/> Ohne Besonderheiten <input type="checkbox"/> Kastriert <input type="checkbox"/> Trächtig <input type="checkbox"/> Laktierend  <input type="checkbox"/> Anderes:
Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mässig <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Kritisch <input type="checkbox"/> Unbekannt
Vorgeschichte:	<input type="checkbox"/> Keine Angaben

	<input type="checkbox"/> Nierenkrankheit: definieren: <input type="checkbox"/> Leberkrankheit: definieren: <input type="checkbox"/> Herzkrankheit: definieren: <input type="checkbox"/> Allergien: definieren: <input type="checkbox"/> Andere:  <input type="checkbox"/> Futterumstellung vor kurzer Zeit:
--	---

### III. MEDIKAMENT

Medikament oder Substanz (siehe auch „Aktive Substanzen“)	ATCvet code:
Hersteller oder Vertreiber	
Zulassungsnummer (5-stellig)	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Lotnummer	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Verfalldatum	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Umwidmung (nicht für diese Tierart zugelassen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aktive Substanz(en): (bitte alle eingeben)	
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
Wurde die Vertriebs-/Herstellerfirma informiert ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt
Behandlung durch...	<input type="checkbox"/> Fachperson <input type="checkbox"/> Besitzer <input type="checkbox"/> Mehrere Pers. <input type="checkbox"/> Unbekannt
Aplikationsart	<input type="checkbox"/> Peroral (Maul) <input type="checkbox"/> Intravenös <input type="checkbox"/> Intramuskulär <input type="checkbox"/> Subkutan <input type="checkbox"/> Topisch (Haut/Fell) <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Andere: definieren:
Anatomische Stelle (falls Injektion oder topisch)	
Perorale Anwendung: gleichzeitig mit Futter verabreicht ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Angaben zum Futter :
Dosierung	





	<input type="checkbox"/> Schaf <input type="checkbox"/> Ziege <input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> Andere Spezies:
--	--

Stehen Berichte (Labor, Pathologie,...) oder Bilder zur Dokumentation der Reaktion zur Verfügung ?	<input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

#### IV. BEURTEILUNG

<b>Kausalität</b> (Zusammenhang zw. Ursache und Effekt)	<input type="checkbox"/> Wahrscheinlich <input type="checkbox"/> Möglich <input type="checkbox"/> Keine Kausalität <input type="checkbox"/> Unbekannt
Beurteilung Swissmedic (Bitte leer lassen!)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N
Information (Bitte leer lassen!)	

#### V. ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN, BEMERKUNGEN