

**EU:s blankett för rapportering av misstänkta biverkningar av veterinärmedicinska läkemedel  
för veterinärer och vårdpersonal**

<b>Blanketten skall skickas till</b> Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Biverkningsregistret för veterinärmedicinska läkemedel PB 55 00034 Fimea <b>Faxnr.</b> 029 522 3015 <b>Telefonnr.</b> 029 522 3341 <b>E-post</b> vethava@fimea.fi <b>Webbadress</b> www.fimea.fi						<b>KONFIDENTIELLT</b> För myndigheternas anteckningar: <b>Ref.nummer</b>	
<b>IDENTIFIKATION</b>		<b>AVSÄNDARE</b>					
<b>Biverkning</b> hos djur <input type="checkbox"/> hos människa <input type="checkbox"/> <b>Bristande förväntad effekt</b> <input type="checkbox"/> <b>Otillräcklig karenstid</b> <input type="checkbox"/> <b>Biverkning som riktar sig mot miljön</b> <input type="checkbox"/>		Veterinär <input type="checkbox"/> Apotek <input type="checkbox"/> Annan <input type="checkbox"/> NAMN OCH ADRESS  Telefonnr.                                  Faxnr. E-post				NAMN OCH ADRESS/ REF.	
<b>PATIENT(ER)</b> <i>Djur</i> <input type="checkbox"/> <i>Människa(-or)</i> <input type="checkbox"/> (för människor, fyll endast i ålder och kön nedan)							
Djurart	Ras	Kön	Fysiologiskt tillstånd	Ålder	Vikt	Skäl till behandlingen	
		Kvinna/hona <input type="checkbox"/> Man/hane <input type="checkbox"/>	Steriliserad/ kastrerad <input type="checkbox"/> Dräktig <input type="checkbox"/>				
<b>VETERINÄRMEDICINSKA LÄKEMEDEL SOM ADMINISTRERATS FÖRE DEN MISSTÄNKTA BIVERKNINGEN</b> <i>(om antalet administrerade läkemedel är större än antalet rutor, var vänlig kopiera denna blankett)</i>							
			1	2	3		
<b>Namn på det veterinärmedicinska läkemedel som administrerats</b>							
Läkemedlets form och styrka (t.ex. tabletter 100 mg)							
Nummer på försäljningstillstånd							
Satsnummer							
Administreringsätt/-ställe							
Dos / Frekvens							
Behandlingstid /Exponering Startdatum Slutdatum							
Vem administrerade det veterinärmedicinska läkemedlet? (veterinär, ägare, annan)							
Tror du att reaktionen beror på läkemedlet?			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
<b>Har innehavaren av försäljningstillståndet underrättats?</b>			Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		

<b>DATUM FÖR MISSTÄNK BIVERKNING</b>  ____/____/____	<b>Tid mellan administrering och biverkning i <u>minuter,</u> <u>timmar eller dagar</u></b>  _____	Antal behandlade djur _____ Antal djur som fått biverkningar _____ Antal avlidna djur _____	<b>Biverkningens varaktighet i <u>minuter,</u> <u>timmar eller dagar</u></b>  _____
--	--	---	---

**BESKRIVNING AV BIVERKNINGEN** (*Biverkning hos djur eller biverkning hos människa/Bristande förväntad effekt/Otillräcklig karenstid/Biverkning som riktar sig mot miljön*)

**Ange även om reaktionen har behandlats, hur och med vad samt resultatet?**

**ANDRA RELEVANTA UPPGIFTER (BIFOGA YTTERLIGARE DOKUMENT VID BEHOV, t.ex. genomförda eller pågående utredningar, kopia på medicinsk rapport för fall som rör människor)**

**BIVERKNING HOS MÄNNISKA (Om det rapporterade fallet avser en människa, vänligen fyll även i uppgifter om exponering nedan.)**

- Kontakt med behandlat djur
- Oralt intag
- Lokal exponering
- Ögonexponering
- Exponering genom injektion  finger  hand  led  annat
- Annat (avsiktligt....)

Exponeringsdos:

Om du inte samtycker till att ditt namn och din adress skickas till innehavaren av försäljningstillståndet, var vänlig markera rutan.

**Datum:**

**Ort:**

**Avsändarens namn och underskrift:**

**Kontaktperson (telefon)** (om annat än det nummer som anges på sidan 1)