|  |  |
| --- | --- |
| **FARMACOVIGILANCIA****DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL****Tel: (011) 4121-5487 / E-mail.**dpv**@senasa.gob.ar****Página Web: www.argentina.gob.ar/senasa** | **CONFIDENCIAL***Para uso exclusivo del****SENASA*****Número de Referencia** |
| **IDENTIFICACIÓN** | **DATOS DEL VETERINARIO ACTUANTE** | **NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL RESPONSABLE DEL****O DE LOS ANIMALES IMPLICADOS.** |
| **Problemas de Seguridad:** | VeterinarioNombre: Dirección:Teléfono: |  | Matrícula | Mail: |  | *Nº de RENSPA/CUIG* |
| **En animales** |  |
| **Falta de Eficacia** |  |
| **Prob. Tiempos de Espera** |  |
| **Prob. Medioambientales** |  |
| **Reacciones adversas** |  |
| **PACIENTE(S)** |
| Especies | Raza | Sexo | Estado | Edad | Peso | Razón del tratamiento |
|  |  | Hembra Macho | Castrado Preñada |  |  |  |
| **MEDICAMENTO VETERINARIO ADMINISTRADO ANTES DE LA APARICIÓN DE LA SUPUESTA REACCIÓN ADVERSA***(si se administraron más de 3 medicamentos simultáneamente, por favor duplique este formulario)* |
| **Nombre del medicamento veterinario** | **1** | **2** | **3** |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Forma farmacéutica y concentración (pe: comprimidos de 100 mg) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Número de Certificado de Registro |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Número de LoteVía y lugar de administración |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Dosis / Frecuencia (posológica) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| Duración del tratamiento / Exposición Día de inicio:Día final: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ¿Quién administró el medicamento?(veterinario, propietario, otro) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| ¿Cree que la reacción se debe almedicamento? |  | Sí | / No |  |  | Sí |  | / No |  | Sí | / No |
| **¿Ha sido informado el Laboratorio?** |  | Si | / No |  |  | Sí |  | / No |  | Sí | / No |

Se deberá cumplimentar la totalidad de los datos solicitados

**FECHA DE LA SUPUESTA REACCIÓN ADVERSA**

/

/

**Tiempo transcurrido entre la administración del medicamento y la reacción** en minutos, horas o días

Nº animales tratados Nº animales con signos Nº animales muertos

Duración de la reacción adversa en minutos, horas o días

**DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN** *(Problemas de seguridad en animales / Presunta falta de la eficacia esperada / Problemas con el tiempo de espera / Problemas medioambientales) – Por favor, descríbalos:*

# Indicar también si la reacción ha sido tratada. ¿Cómo y con qué y cuál fue el resultado?

**OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE (adjuntar la documentación oportuna, por ejemplo: Estudios realizados o en marcha, informes de necropsias).**

# Fecha: Lugar: Firma y aclaración del veterinarios actuante:

***Punto de contacto( teléfono)*** (si difiere del número indicado en la primera página)

Se deberá cumplimentar la totalidad de los datos solicitados