|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FARMACOVIGILANCIA**  **DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL**  **Tel: (011) 4121-5487 / E-mail.**[dpv**@senasa.gob.ar**](mailto: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:** | | Veterinario  Nombre: 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 Lote  Vía 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 al  medicamento? | | |  | 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