

 <div style="text-align: center;"> <h1 style="margin: 0;">FARMACOVIGILANCIA</h1> <h2 style="margin: 0;">DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ANIMAL</h2> </div>		<div style="text-align: center;"> CONFIDENCIAL <i>Para uso exclusivo del SENASA</i> </div> <div style="text-align: center;"> Número de Referencia </div>	
Tel: (011) 4121-5487 / E-mail: dpv@senasa.gob.ar Página Web: www.argentina.gob.ar/senasa			
IDENTIFICACIÓN		DATOS DEL VETERINARIO ACTUANTE	
Problemas de Seguridad: En animales Falta de Eficacia Prob. Tiempos de Espera Prob. Medioambientales Reacciones adversas		Veterinario <input type="checkbox"/> Matrícula _____ Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Mail: <input type="text"/>	
		NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL RESPONSABLE DEL O DE LOS ANIMALES IMPLICADOS. N° de RENSPA/CUIG _____	
PACIENTE(S)			
Especies	Raza	Sexo	Estado
		Hembra Macho	Castrado Preñada
Edad	Peso	Razón del tratamiento	
MEDICAMENTO VETERINARIO ADMINISTRADO ANTES DE LA APARICIÓN DE LA SUPUESTA REACCIÓN ADVERSA <i>(si se administraron más de 3 medicamentos simultáneamente, por favor duplique este formulario)</i>			
	1	2	3
Nombre del medicamento veterinario	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Forma farmacéutica y concentración (pe: comprimidos de 100 mg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Certificado de Registro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Lote	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vía y lugar de administración	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dosis / Frecuencia (posológica)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Duración del tratamiento / Exposición	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día de inicio:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día final:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Quién administró el medicamento? (veterinario, propietario, otro)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿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 <div></div> <div></div> <div></div>	Tiempo transcurrido entre la administración del medicamento y la reacción <u>en minutos, horas o días</u> <div></div>	Nº animales tratados <div></div> Nº animales con signos <div></div> Nº animales muertos <div></div>	Duración de la reacción adversa <u>en minutos, horas o días</u> <div></div>
DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN <i>(Problemas de seguridad en animales / Presunta falta de la eficacia esperada / Problemas con el tiempo de espera / Problemas medioambientales) – Por favor, descríbalos:</i> Indicar también si la reacción ha sido tratada. ¿Cómo y con qué y cuál fue el resultado?			
<div></div>			
OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE <i>(adjuntar la documentación oportuna, por ejemplo: Estudios realizados o en marcha, informes de necropsias).</i> <div></div>			
<div></div>			
<div></div>			
Fecha: <div></div> Lugar: <div></div> Firma y aclaración del veterinarios actuante: <div></div>			
Punto de contacto(teléfono) <i>(si difiere del número indicado en la primera página)</i> <div></div>			

Se deberá cumplimentar la totalidad de los datos solicitados