

**Zgłoszenie podejrzenia wystąpienia *działania niepożądanego produktu leczniczego*
weterynaryjnego dla lekarzy wet. i służb medycznych**

Formularz należy przesłać do: URZĄD REJESTRACJI PRODUKTÓW LECZNICZYCH, WYROBÓW MEDYCZNYCH I PRODUKTÓW BIOBÓJCZYCH Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa Tel.: +48 22 492-11-00, fax: +48 22 492-11-09		Poufne <i>Tylko do użytku wewnętrznego:</i> Numer zgłoszenia:			
lub QPPV NIKA Health Products Sp. z o.o. 64-030 ŚMIGIEL, PARSKO 12 Tel/faks: (65) 511 76 13/14 Tel. 505 15 11 13 Email: dzialania.niepozadane@nikahp.pl					
Dotyczy: Reakcji: u zwierzęcia: <input type="checkbox"/> u człowieka <input type="checkbox"/> Braku skuteczności <input type="checkbox"/> Naruszenia okresu <input type="checkbox"/> karencji Zagrożenia dla <input type="checkbox"/> środowiska	Imię i nazwisko osoby zgłaszającej: Lekarz weterynarii <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Telefon: Fax:	Nazwisko i adres właściciela/ nr zwierzęcia * * w przypadku reakcji w człowieka nazwisko i adres osoby, u której wystąpiła reakcja			
Dane pacjenta: Zwierzę (zwierzęta): <input type="checkbox"/> Człowiek (ludzie): <input type="checkbox"/> (w przypadku reakcji u ludzi podać jedynie wiek i płeć)					
Gatunek	Rasa	Płeć:	Wiek:	Masa ciała:	Powód leczenia:
		Męska: <input type="checkbox"/> Żeńska: <input type="checkbox"/> Sterylizowany: <input type="checkbox"/>			
Produkty lecznicze weterynaryjne podane przed wystąpieniem reakcji <i>(jeśli podawano więcej niż 3 produkty proszę zastosować dodatkowy formularz)</i>					
		1	2	3	
Nazwa zastosowanego produktu leczniczego weterynaryjnego					
Postać farmaceutyczna i moc (np. tabletki 100mg)					
Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu					
Numer serii					
Droga podania					
Dawka/sposób podawania					
Długość leczenia Początek: Koniec:					
Kto podał produkt? (weterynarz, właściciel, inne)					
Czy myśli Pani (Pan), że reakcję spowodował podany produkt?	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>
Czy powiadomiono podmiot odpowiedzialny za wprowadzenie leku do obrotu?	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>

