

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝΚτηνιατρικό Τμήμα
Μεσογείων 284, Χολαργός 155 62FAX : 210 6537591
e-mail : vet@eof.grΤΗΛ: 210 6507387
Website: http://www.eof.gr**ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ**

Συμπληρώνεται από την υπηρεσία

Αριθ.Πρωτ.:

Είδος Αναφοράς	Όνομα και διεύθυνση προσώπου που αναφέρει την Ανεπιθύμητη Ενέργεια (Α.Ε.)	Όνομα & διεύθυνση (ιδιοκτήτη ασθενούς)
Θέματα ασφάλειας Σε ζώα <input type="checkbox"/> Στον άνθρωπο <input type="checkbox"/> Έλλειψη αναμενόμενης αποτελεσματικότητας <input type="checkbox"/> Θέματα χρόνου αναμονής <input type="checkbox"/> Περιβαλλοντικά θέματα <input type="checkbox"/>	Κτηνίατρος <input type="checkbox"/> Φαρμακοποιός <input type="checkbox"/> Άλλος <input type="checkbox"/> Όνομα: ----- Διεύθυνση: ----- ΤΗΛ: ----- FAX: -----	

ΑΣΘΕΝΗΣ						
Ζώο(α) <input type="checkbox"/>		Άνθρωπος(οι) <input type="checkbox"/> (για τον άνθρωπο συμπληρώστε μόνο ηλικία και φύλο)				
Είδος	Φυλή	Φύλο	Κατάσταση	Ηλικία	Βάρος	Αιτία θεραπείας
		Θηλυκό <input type="checkbox"/>	Στειρωμένο ζώο <input type="checkbox"/>			
		Αρσενικό <input type="checkbox"/>	Έγκυο <input type="checkbox"/>			

ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΟΡΗΓΗΘΗΚΑΝ ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΠΙΘΑΝΗΣ Α.Ε.

(Εάν χορηγήθηκαν συγχρόνως περισσότερα από 3 φάρμακα παρακαλούμε συμπληρώστε και δεύτερο έντυπο)

	1	2	3
Όνομασία του χορηγούμενου κτηνιατρικού φαρμάκου			
Μορφή - περιεκτικότητα (π.χ.: 100 mg/tablet)			
Αριθμός αδείας κυκλοφορίας			
Αριθμός παρτίδας (Batch number)			
Οδός χορήγησης / σημείο			
Δοσολογία / συχνότητα χορήγησης			
Διάρκεια θεραπείας /έκθεσης Ημερομ. έναρξης θεραπείας Ημερομ. λήξης θεραπείας			
Ποιός χορήγησε το φάρμακο; (κτηνίατρος, ιδιοκτήτης, άλλος)			
Νομίζετε πως η Α.Ε. οφείλεται στο φάρμακο;	Ναι <input type="checkbox"/> / Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> / Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> / Όχι <input type="checkbox"/>
Ενημερώθηκε ο Υπεύθυνος Κυκλοφορίας	Ναι <input type="checkbox"/> / Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> / Όχι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/> / Όχι <input type="checkbox"/>

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ Α.Ε./...../.....	Χρόνος μεταξύ χορήγησης και εμφάνισης Α.Ε. (σε λεπτά, ώρες ή ημέρες)	Αριθμός ζώων που χορηγήθηκε το φάρμακο Αριθμός ζώων που παρουσίασαν Α.Ε. Αριθμός θανάτων	Διάρκεια της Α.Ε. (σε λεπτά, ώρες ή ημέρες)

Περιγραφή του γεγονότος (Θέματα ασφάλειας στα ζώα ή στον άνθρωπο / Έλλειψη αναμενόμενης αποτελεσματικότητας / Προβλήματα με το χρόνο αναμονής / Περιβαλλοντικά θέματα) – Παρακαλούμε περιγράψτε.

Αντιμετωπίστηκε η Α.Ε.; Πώς, με τί και ποιό ήταν το αποτέλεσμα;

ΆΛΛΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (Παρακαλούμε επισυνάψτε επιπλέον έγγραφα εάν απαιτούνται π.χ. έρευνα που έγινε ή συνεχίζεται, αντίγραφο ιατρικής έκθεσης όταν πρόκειται για Α.Ε. που αναφέρεται στον άνθρωπο)

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ	
Σε περίπτωση εμφάνισης Α.Ε. σε άνθρωπο, παρακαλούμε συμπληρώστε τις λεπτομέρειες που αφορούν στον τρόπο έκθεσης	
<ul style="list-style-type: none"> • επαφή με το υπό θεραπεία ζώο <input type="checkbox"/> • κατάποση <input type="checkbox"/> • τοπική έκθεση <input type="checkbox"/> • οφθαλμική έκθεση <input type="checkbox"/> • με ένεση <input type="checkbox"/> στο δάκτυλο <input type="checkbox"/> στο χέρι <input type="checkbox"/> σε άρθρωση <input type="checkbox"/> αλλού <input type="checkbox"/> • άλλος τρόπος (εσκεμμένος) <input type="checkbox"/> 	Δόση στην οποία εκτέθηκε:

Αν δεν συμφωνείτε να γνωστοποιηθούν τα στοιχεία σας (όνομα-διεύθυνση) στον Υπεύθυνο Κυκλοφορίας, εφόσον ζητηθούν περισσότερες πληροφορίες, παρακαλούμε τσεκάρτε το τετράγωνο

Ημερομηνία : Περιοχή: Όνομα & υπογραφή του αποστολέα

Τηλέφωνο επικοινωνίας (εάν είναι διαφορετικό από αυτό της πρώτης σελίδας):.....

ΧΩΡΙΣ ΤΕΛΟΣ
Ο ΠΑΡΑΛΗΠΤΗΣ
ΠΛΗΡΩΝΕΙ ΤΟ
ΤΕΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΚΤΗΝΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ

Αριθμός Πελάτη 30875215

155 85 ΧΟΛΑΡΓΟΣ

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ

ΔΙΠΛΩΣΤΕ ΕΔΩ