

**Formulário comunitário veterinário para notificação de suspeita de reação adversa destinado
a veterinários e profissionais de saúde**

Formulário a ser enviado à Direção Geral de Alimentação e Veterinária Campo Grande, 50. 1700-093 LISBOA Fax 217 808 251 farmacovigilancia.vet@dgav.pt	Telefone 217 808 221 Endereço Web dgav.pt	CONFIDENCIAL <i>Somente para uso oficial</i> Número de Referência
---	--	--

IDENTIFICAÇÃO	NOME E ENDEREÇO DO NOTIFICANTE	NOME E ENDEREÇO/ REF. DO PACIENTE <i>(de acordo com a lei nacional)</i>
Problema de Segurança em animais <input type="checkbox"/> em humanos <input type="checkbox"/> Falha na eficácia prevista <input type="checkbox"/> Problemas de Intervalo de Segurança <input type="checkbox"/> Problemas ambientais <input type="checkbox"/>	Veterinário <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> N.º de telefone: N.º de fax:	

PACIENTE(S) *Animal(ais)* *Humanos* *(para humanos, preencha, abaixo, apenas a idade e o sexo)*

Espécie	Raça	Sexo	Estado	Idade	Peso	Razões para o tratamento
		Fêmea <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/>	Esterilizado <input type="checkbox"/> Gestante <input type="checkbox"/>			

MEDICAMENTO(S) VETERINÁRIO(S) ADMINISTRADO(S) ANTES DA SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA
(se foram administrados mais medicamentos que as colunas disponíveis, por favor, copie este formulário)

	1	2	3
Nome do medicamento veterinário administrado			
Forma farmacêutica e dosagem (ex.: comprimidos de 100 mg)			
Número de AIM			
Número de lote e validade			
Via/local de administração			
Dose/Frequência			
Duração do tratamento/ Exposição Data do início Data do fim			
Quem administrou o medicamento veterinário? (veterinário, proprietário, outro)			
Pensa que a reação é devida a este produto?	Sim <input type="checkbox"/> / Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> / Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> / Não <input type="checkbox"/>
O titular da AIM foi informado?	Sim <input type="checkbox"/> / Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> / Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> / Não <input type="checkbox"/>

DATA DA SUSPEITA DE REAÇÃO ADVERSA /...../.....	Tempo entre a administração e a reação em <u>minutos, horas ou dias</u> 	Número de tratados _____ Número reagindo _____ Número de mortos _____	Duração da reação adversa em <u>minutos, horas e dias</u>
DESCRIÇÃO DO EVENTO (<i>Problema de segurança em animais ou Problema de segurança em humanos/Falha na eficácia prevista/Problemas de intervalo de segurança/Problemas ambientais – Por favor, descreva:</i> Indique, também, se a reação foi tratada, como, com o quê e qual foi o resultado.			
OUTROS DADOS RELEVANTES (ANEXE FOLHAS ADICIONAIS SE FOR NECESSÁRIO p. ex.: investigações realizadas ou a decorrer, uma cópia do relatório médico para os casos em humanos)			
CASO HUMANO Se o caso notificado se refere a um ser humano, por favor, complete os detalhes da exposição a seguir			
<ul style="list-style-type: none"> • Contacto com animal tratado <input type="checkbox"/> • Ingestão oral <input type="checkbox"/> • Exposição tópica <input type="checkbox"/> • Exposição Ocular <input type="checkbox"/> • Exposição a injeção <input type="checkbox"/> dedo <input type="checkbox"/> mão <input type="checkbox"/> articulação <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> • Outro (deliberado....) <input type="checkbox"/> <p>Dose de exposição:</p>			
Se não concorda que o seu nome completo e endereço sejam enviados ao titular da AIM, se for pedida mais informação, p. f., assinale com uma cruz <input type="checkbox"/>			
Data:	Local:	Nome e assinatura do notificante:	
<i>Ponto de Contacto (telefone)</i> (se diferente do número na página 1)			