


laboratorios <b>Karizoo</b> 	<b>FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS FARMACOVIGILANCIA VETERINARIA</b>	
PNT066 Ed. 4ª	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	Página 1 de 5

**Nota:** importante rellenar todos los apartados marcados con un asterisco (\*)

<b>Nº REFERENCIA:</b> (A rellenar por el Dpto. de FV)	
Fecha de recepción de la supuesta reacción por quien la comunica (dd/mm/aaaa)	
Persona de Karizoo informante:	

<b>1. Tipo de notificación:</b>
Temas de seguridad:
en animales..... <input type="checkbox"/>
en humanos ..... <input type="checkbox"/>
Falta de eficacia. .... <input type="checkbox"/>
Temas relativos al tiempo de espera ..... <input type="checkbox"/>
Problemas medioambientales ..... <input type="checkbox"/>

<b>2. Datos de la persona que notifica la reacción*:</b>	
Veterinario <input type="checkbox"/>	<b>Nombre*:</b>
Distribuidor <input type="checkbox"/>	
Dueño del animal <input type="checkbox"/>	<b>Dirección*:</b>
Granjero <input type="checkbox"/>	
otros: _____	<b>Teléfono*:</b>

<b>3. Datos del veterinario de los animales afectados</b>	<b>4.1. Datos de la persona cuyos animales están afectados</b>
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Teléfono:	Teléfono:

<b>4.2. Datos de la explotación, si procede:</b>	
Nombre y dirección explotación:	
Nombre de la persona de contacto:	
Teléfono de contacto:	


laboratorios <b>Karizoo</b> 	<b>FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS FARMACOVIGILANCIA VETERINARIA</b>	
PNT066 Ed. 4ª	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	Página 2 de 5

<b>5. Datos del paciente:</b>			
ANIMAL (ES) <input type="checkbox"/> PERSONA(S) <input type="checkbox"/> (en personas rellenar solo la edad y el sexo)			
Número de animales*	Tratados:	Afectados:	Muertos:
<b>Características del/los animal(es) que muestra(n) síntoma(s):</b>			
Especie*		Raza	
Sexo/estado fisiológico*:	hembra <input type="checkbox"/> preñada <input type="checkbox"/> lactante <input type="checkbox"/> macho <input type="checkbox"/> castrado <input type="checkbox"/> otros: _____		
Edad*: (para un grupo indicar la edad mínima y máxima)		Peso (Kg)	
Estado de salud en el momento del tratamiento*:	bueno <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> malo <input type="checkbox"/> crítico <input type="checkbox"/> desconocido <input type="checkbox"/>		
Razón para el tratamiento (preventivo contra una enfermedad o diagnóstico inicial)*:			

<b>6. Datos del (los) producto(s) asociado(s) al evento adverso:</b> (si se administraron más de 2 medicamentos simultáneamente duplicar el formulario)		
	Producto nº.	Producto nº.
Nombre comercial* (incluir forma farmacéutica y concentración):		
Nº de registro:		
Lote*:		
Fecha caducidad:		
Principios activos y su concentración:		
Condiciones de almacenamiento reales:		

**7. Detalles del tratamiento:**

	Producto nº.	Producto nº.
Dosis/Frecuencia*:		
Vía y lugar de administración*:		
Fecha inicio tratamiento/ Exposición*:		
Fecha último tratamiento/ Exposición*:		
Quién administró el producto:	Veterinario <input type="checkbox"/> dueño animal <input type="checkbox"/> Otros:	Veterinario <input type="checkbox"/> dueño animal <input type="checkbox"/> Otros:
Administración de acuerdo con el prospecto:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Explicación:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Explicación:
¿Desapareció el evento adverso cuando se suspendió el tratamiento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>
¿Reapareció el evento después de reiniciar el tratamiento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No procede <input type="checkbox"/>

	<b>FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS FARMACOVIGILANCIA VETERINARIA</b>	
	PNT066 Ed. 4ª	INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

**8. Datos del evento/signos inesperados:**

Fecha de la aparición del evento / signos inesperados*:	
---	--

Duración de la reacción:	
--------------------------	--

Describir secuencialmente los signos clínicos, localización del evento adverso, su severidad, test de laboratorio, resultados de la necropsia, otros factores que puedan haber contribuido. Incluir detalles del tratamiento seguido\*

--

¿Se ha tratado el evento adverso?	No procede <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> En caso afirmativo detallar el tratamiento y los productos administrados:
-----------------------------------	--

Situación actual del animal(es) afectado(s):	
--	--

Según el veterinario, en qué grado este medicamento es la causa del evento adverso:	PRODUCTO Nº. ____ Probable <input type="checkbox"/> Improbable <input type="checkbox"/> Sin atención por el veterinario <input type="checkbox"/>	PRODUCTO Nº. ____ Probable <input type="checkbox"/> Improbable <input type="checkbox"/> Sin atención por el veterinario <input type="checkbox"/>
---	---	---

**Seguimiento cronológico del evento:**

	Sacrificados	Muertos	En tratamiento	Vivos con secuelas	Recuperados	Desconocido
Nº de animales						
Fechas						

**9. Exposiciones y reacciones previas al producto(s):**

	Producto nº.	Producto nº.
¿Ha existido exposición previa al medicamento?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Fecha(s):	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Fecha(s):
¿Ha existido previamente reacción al medicamento sospechoso?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Describir:	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Describir:
¿Se ha presentado previamente alguna reacción a algún otro producto?	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> A qué producto(s):	

**10. Otros comentarios que se quieran reflejar**