


Formulier op te sturen naar MSD Animal Health Lynx binnenhof 5; 1200 Brussel		VERTROUWELIJK Niet invullen! Ref. n°:
Tel n°: 02/370.94.39 E mail: MSD.AH.Pharmacovigilance@merck.com Internetadres: http://my.msd-animal-health.be/		

MELDING MET BETREKKING TOT	NAAM EN ADRES VAN AFZENDER	PATIENTEIGENAAR IDENTIFICATIE
Productveiligheid bij dieren <input type="checkbox"/> bij de mens <input type="checkbox"/> Gebrek aan te verwachten werkzaamheid <input type="checkbox"/> Residu na wachttermijn <input type="checkbox"/> Milieutoxiciteit <input type="checkbox"/>	Dierenarts <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Anders <input type="checkbox"/> Tel n°:	<i>(houdt rekening met Wet op de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van de persoonsgegevens)</i>

PATIENT(EN) Dier(en) Mens *(vermeld hieronder enkel leeftijd, geslacht en gewicht)*

Soort	Ras	Geslacht	Status	Leeftijd	Gewicht	Reden van behandeling/diagnose
		Vrouwelijk <input type="checkbox"/> Mannelijk <input type="checkbox"/>	Gesteriliseerd <input type="checkbox"/> Drachtig <input type="checkbox"/>			

GEbruikte DIERGENEESMIDDELEN IN VERBAND MET DE MELDING EN TOEGEDIEND VÓÓR DE REACTIE
(bij meer dan drie -ongeveer gelijktijdig - toegepaste middelen gelieve een tweede formulier te gebruiken)

Naam van diergeneesmiddel	1	2	3
Farmaceutische vorm en sterkte (bijv: 100 mg tablet)			
Registratienummer			
Batch of lot-nummer			
Toedieningswijze en -plaats			
Dosis / Frequentie			
Behandelingsduur /Blootstelling Primovaccinatie (1° of 2°) of herhaling Startdatum Einddatum			
Wie heeft het middel toegepast? (dierenarts, eigenaar, andere)			
Denkt u dat de reactie veroorzaakt is door het middel?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Is de registratiehouder geïnformeerd?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>

DATUM VAN DE VERMOEDELIJKE BIJWERKING ____/____/____	Tijd tussen toepassing en reactie (in <u>minuten, uren of dagen</u>) _____	Aantal behandeld _____ Aantal met reactie _____ Aantal dood _____	Duur van de reactie in <u>minuten, uren of dagen</u> _____
--	---	---	--

Beschrijving van de ongewenste reactie (*Bijwerking bij dieren of reactie bij mens/Gebrek aan te verwachten werkzaamheid/Residu na wachtermijn/Milieutoxiciteit*) – Aangeven a.u.b.:

Is de ongewenste reactie behandeld, hoe en waarmee en met welk resultaat?

ANDERE BELANGRIJKE GEGEVENS (Eventueel in bijlage, bijvoorbeeld laboratoriumuitslagen, sectieverslagen, enz.)

REACTIE BIJ DE MENS (Indien de melding betrekking heeft op een reactie bij de mens, gelieve onderstaande gegevens ook in te vullen.)

- Contact met een behandeld dier
- Orale opname
- Via de huid
- In het oog
- Accidentele injectie vinger hand gewricht anders
- Andere

Hoeveelheid/dosis van betreffende diergeneesmiddel:

Datum: _____ **Plaats:** _____ **Naam en handtekening verzender:** _____

Contactadres (Tel. nummer) (indien afwijkend van gegevens op blz. 1)



Privacy Notice

Indien onmogelijk te scannen kan u contact opnemen via MSD.AH.info@merck.com of via onze website:

<http://nl.msdd-animal-health.be/contact/address.aspx>