



Durata del trattamento/ Esposizione			
Data di Inizio			
Data di fine			
Persona che ha somministrato il medicinale (veterinario, proprietario, altro)			
Pensa che la reazione sia dovuta a questo prodotto?	Si <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>
È stato informato il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio ?	Si <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>

<b>DATA DI INIZIO DELLA SOSPETTA REAZIONE AVVERSA</b>  ____/____/____	<b>Tempo intercorso tra la somministrazione e l'evento</b> espresso in minuti, ore o giorni	Numero di soggetti trattati _____	Durata della reazione avversa espressa in <u>minuti, ore o giorni</u>
		Numero di soggetti che hanno manifestato reazioni _____	
		Numero di decessi _____	

**DESCRIZIONE DELL'EVENTO** (*questioni attinenti la sicurezza degli animali o dell'uomo/ l' assenza di efficacia attesa/ i tempi di attesa/ i problemi di impatto ambientale*)

**Si indichi anche se la reazione è stata trattata, come, con che cosa e con quale risultato**

**ULTERIORI DATI RILEVANTI** ( si prega di allegare ulteriore documentazione se si ritiene necessario es. indagini realizzate o in atto, una copia del referto medico relativo casi umani)

**REAZIONE NELL'UOMO**

Se il caso riportato si riferisce all'essere umano, si prega anche di compilare i dettagli sull'esposizione sotto-riportati

- Contatto con l'animale sottoposto a trattamento
- Ingestione orale
- Esposizione topica
- Esposizione oculare
- Esposizione per iniezione  dito  mano  articolazione  altro
- Altro(intenzionale....)

Dose di esposizione::

Se non si desidera che il proprio nome ed indirizzo siano inviati al titolare dell'AIC qualora siano richieste ulteriori informazioni, si prega di sbarrare la casella

**Data:**

**Località:**

**Nome e firma del mittente:**

*Altro recapito (telefono)* (se differente dal numero indicato a pag. 1)