

MINISTERE D'ETAT

Département de l'Intérieur

**Direction de l'Action
Sanitaire et Sociale****PHARMACOVIGILANCE
VETERINAIRE****ANNEXE II****Formulaire de déclaration
d'effet indésirable chez l'homme
susceptible d'être dû à un médicament
vétérinaire****REFERENCES**

N° de dossier :

Date :

Rapport :

DECLARATION A ADRESSER AU

**CENTRE DE PHARMACOVIGILANCE
VETERINAIRE DE LYON**ECOLE NATIONALE VETERINAIRE
BP 83
69280 MARCY L'ETOILE**NOM DE LA PERSONNE EXPOSEE**Nom (3 premières lettres) _____
Prénom (première lettre) _____
Département de résidence _____**CACHET DU DECLARANT****COORDONNEES DU DECLARANT**Nom _____ Prénom _____
Adresse _____
N° de téléphone : _____
Vétérinaire Pharmacien Médecin Autre **DONNEES SUR LA PERSONNE EXPOSÉE**

Sexe :	Age :	Profession (si liée à l'exposition) :
Date de l'exposition :	Date de l'effet indésirable :	Durée de l'effet :
Nature de l'exposition (accidentelle, dopage, tentative de suicide, toxicomanie,):		
Voie d'exposition [si injection accidentelle préciser le site (doigt, main, avant-bras, cuisse,)]:		
Nature et description de l'effet : utiliser le cadre au verso		
Prise en charge médicale : utiliser le cadre au verso		
Evolution :		

MEDICAMENT(S) ADMINISTRE(S) A L'ANIMAL	1	2	3	4
Nom				
Forme pharmaceutique				
Principe(s) actif(s)				
Dosage				
Société (titulaire et/ou exploitant)				
Voie d'administration				
Posologie /schéma vaccinal *				
Début du traitement (date et heure) *				
Fin du traitement (date et heure) *				
N° d'AMM				
N° de lot				
Date de préemption				

AUTRES RENSEIGNEMENTS				
Médicament administré par	Vétérinaire <input type="checkbox"/>	Propriétaire <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	
Médicament arrêté	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) : n°	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Disparition de la réaction après arrêt d'un(des) médicament(s)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) : n°	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Un ou des médicaments ont-ils été ré-administrés ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) : n°	Ne sait pas <input type="checkbox"/>
Réapparition de la réaction après réintroduction	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) : n°	Ne sait pas <input type="checkbox"/>

* Ne pas remplir en cas d'administration accidentelle à l'homme

EFFET INDESIRABLE	EVOLUTION	Nombre d'animaux	Date
Département de survenue	Guérison sans séquelles		
Date de survenue	Guérison avec séquelles		
Durée de l'effet	Mort		
Description de l'effet : utiliser le cadre ci-dessous	Inconnue		

DESCRIPTION DE L'EFFET INDESIRABLE

Description de la séquence des événements y compris l'administration de médicaments à l'animal, des signes cliniques, de leur sévérité, des examens complémentaires (laboratoire, nécropsie,...) et toute autre information utile :

TRAITEMENT ENTREPRIS A L'APPARITION DE L'EFFET INDESIRABLE :

INVESTIGATIONS D'AUTRES HYPOTHESES :

AVIS SUR LE CAS :

NOM DU DECLARANT, DATE ET SIGNATURE :