



# FARMACOVIGILANCIA

DIRECCION NACIONAL DE AGROQUIMICOS, PRODUCTOS VETERINARIOS Y ALIMENTOS

Fax: (011) 4121.5336 Tel: (011) 4121.5484 E-mail: dapfyv@senasa.gov.ar  
Página Web: www.senasa.gov.ar

**CONFIDENCIAL**  
Para uso exclusivo del  
SENASA

Número de Referencia

IDENTIFICACIÓN	DATOS DEL VETERINARIO ACTUANTE	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL RESPONSABLE DEL O DE LOS ANIMALES IMPLICADOS.
<b>Problemas de Seguridad:</b> En animales <input type="checkbox"/> Falta de Eficacia <input type="checkbox"/> Prob. Tiempos de Espera <input type="checkbox"/> Prob. Medioambientales <input type="checkbox"/> Reacciones adversas <input type="checkbox"/>	Veterinario <input type="checkbox"/> Matrícula <input type="text"/> Nombre: <input type="text"/> Dirección: <input type="text"/> Teléfono: <input type="text"/> Mail: <input type="text"/>	N° de RENSPA/CUIG <input type="text"/>

## PACIENTE(S)

Especies	Raza	Sexo	Estado	Edad	Peso	Razón del tratamiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hembra <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/>	Castrado <input type="checkbox"/> Preñada <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## MEDICAMENTO VETERINARIO ADMINISTRADO ANTES DE LA APARICIÓN DE LA SUPUESTA REACCIÓN ADVERSA

(si se administraron más de 3 medicamentos simultáneamente, por favor duplique este formulario)

	1	2	3
Nombre del medicamento veterinario	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Forma farmacéutica y concentración (pe: comprimidos de 100 mg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Certificado de Registro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Lote	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vía y lugar de administración	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dosis / Frecuencia (posológica)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Duración del tratamiento / Exposición	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día de inicio:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Día final:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Quién administró el medicamento? (veterinario, propietario, otro)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cree que la reacción se debe al medicamento?	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>
¿Ha sido informado el Laboratorio?	Si <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> / No <input type="checkbox"/>

Se deberá cumplimentar la totalidad de los datos solicitados

<b>FECHA DE LA SUPUESTA REACCIÓN ADVERSA</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<b>Tiempo transcurrido entre la administración del medicamento y la reacción <u>en minutos, horas o días</u></b> <input type="text"/>	Nº animales tratados <input type="text"/> Nº animales con signos <input type="text"/> Nº animales muertos <input type="text"/>	Duración de la reacción adversa <u>en minutos, horas o días</u> <input type="text"/>
--	--	--	---

**DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN** (*Problemas de seguridad en animales / Presunta falta de la eficacia esperada / Problemas con el tiempo de espera / Problemas medioambientales*) – Por favor, descríbalos:

**Indicar también si la reacción ha sido tratada. ¿Cómo y con qué y cuál fue el resultado?**

**OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE** (adjuntar la documentación oportuna, por ejemplo: Estudios realizados o en marcha, informes de necropsias).

Fecha:  Lugar:  Firma y aclaración del veterinarios actuante:

*Punto de contacto( teléfono)* (si difiere del número indicado en la primera página)

Se deberá cumplimentar la totalidad de los datos solicitados