AL MINISTERO SELLA SANITA'- DIREZIONE GENERALE SERVIZI VETERINARI

SEGNALAZIONE DI PRESUNTA MANCANZA DI EFFETTO TERAPEUTICO

PRODOTTO SOMMINISTRATO:

Nome……..
Numero di Registrazione……. Numero di lotto…….
Forma farmaceutica e confezione…….. ……
Ditta farmaceutica…….. ……
Data di scadenza del prodotto…….
Principio attivo…….……...
Eccipienti……

Luogo e data del trattamento……..
Dose e via di somministrazione… …….
Durata del trattamento…….……
Diagnosi /Motivo del trattamento…….……..
……....
……...
……....

Persona che ha somministrato il farmaco
1) Veterinario
2) Proprietario animale
3) Altri

ANIMALE

Specie……Razza……Sesso……Età……Peso…….……
Stato fisiologico…….……
Numero degli animali trattati…….…
Precedenti utilizzazioni del farmaco sullo stesso animale: SI- NO

Altri farmaci usati……..…….
Eventuali analisi di laboratorio……..…….
……....
……..……..
Eventuali osservazioni……..…
……..……..…
……..……..…

AUTORE DELLA SEGNALAZIONE

Nome……. Telefono……..……
Indirizzo…….

DATA……

FIRMA…….…

RISERVATO AL MINISTERO DELLA SANITA'- D.G.S.V. DIV. IX

NOTIFICA

Informazione N°……..
Ricevuta il……...
Elaborata da…….

NOTE DELL'UFFICIO: