



|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>DATUM VAN DE VERMOEDELIJKE BIJWERKING</b><br><br>____/____/____  | <b>Tijd tussen toepassing en reactie (in <u>minuten, uren of dagen</u>)</b><br><br>_____   | Aantal behandeld _____<br>Aantal met reactie _____<br>Aantal dood _____ | <b>Duur van de reactie in <u>minuten, uren of dagen</u></b><br><br>_____ |
| <b>Beschrijving van de ongewenste reactie</b> ( <i>Bijwerking bij dieren of reactie bij mens/Gebrek aan te verwachten werkzaamheid/Residu na wachttermijn/Milieutoxiciteit</i> ) – <u>Aangeven a.u.b.:</u>  |  |   |  |
| <b>Is de ongewenste reactie behandeld, hoe en waarmee en met welk resultaat?</b>  |  |   |  |
|   |  |   |  |
| <b>ANDERE BELANGRIJKE GEGEVENS</b> (Eventueel in bijlage, bijvoorbeeld laboratoriumuitslagen, sectieverslagen, enz.)  |  |   |  |
| <i>(In geval van verdenking van anafylactische shock : cfr. klinische checklist)</i>  |  |   |  |
| <b>Wat is uw evaluatie inzake het oorzakelijk verband tussen het geneesmiddel ..... en de reactie</b>   | Waarschijnlijk <input type="checkbox"/> Mogelijks verband <input type="checkbox"/><br>Onwaarschijnlijk <input type="checkbox"/><br>Geen verband <input type="checkbox"/> - andere oorzaak .....<br>Rechtvaardiging |   |  |
| Autopsie <input type="checkbox"/> N° dossier : _____<br>DGZ <input type="checkbox"/> ARSIA <input type="checkbox"/>   | Biologische onderzoeken <input type="checkbox"/> : .....   |   |  |
| <b>REACTIE BIJ DE MENS</b> (Indien de melding betrekking heeft op een reactie bij de mens, gelieve onderstaande gegevens ook in te vullen.)   |  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact met een behandeld dier <input type="checkbox"/></li> <li>• Orale opname <input type="checkbox"/></li> <li>• Via de huid <input type="checkbox"/></li> <li>• In het oog <input type="checkbox"/></li> <li>• Accidentele injectie <input type="checkbox"/>      vinger <input type="checkbox"/>      hand <input type="checkbox"/>      gewricht <input type="checkbox"/>      anders <input type="checkbox"/></li> <li>• Andere <input type="checkbox"/></li> </ul> |  |   |  |
| Hoeveelheid/dosis van betreffende diergeneesmiddel:   |  |   |  |
| Als u <u>niet</u> wilt dat uw naam en adres aan de vergunningsouder wordt bekend gemaakt, mocht verdere informatie nodig zijn: hokje aankruisen a.u.b. <input type="checkbox"/>   |  |   |  |
| <b>Datum:</b>   | <b>Plaats:</b>   | <b>Naam en handtekening verzender:</b>                                  |  |
| <b>Contactadres (Tel. nummer)</b> (indien afwijkend van gegevens op blz. 1)   |  |   |  |