Кому:

Электронная приемная Россельхознадзора

<https://ereception.fsvps.gov.ru/dashboard/default/index>

СООБЩЕНИЕ

о нежелательных последствиях при применении лекарственных

препаратов для ветеринарного применения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Первичное |  | Дополнительная информация к сообщению  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Данные животного: | | | | | | | | | | |
| Вид (обязательно для заполнения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Порода (при наличии) (обязательно для заполнения) \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Пол | | самец | | | | | | | | |
|  | | самка | | | | | | | | |
| Вес \_\_\_\_ кг | | | | | | | | | | |
| Возраст (возрастная группа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Аллергия Нет Есть, на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Неизвестно | | | | | | | | | | |
| Стерилизовано Да Нет Неизвестно | | | | | | | | | | |
| Беременность Да, срок \_\_\_\_\_\_ Нет Неизвестно | | | | | | | | | | |
| Количество животных, которым вводился лекарственный препарат (обязательно для заполнения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Количество животных, у которых возникли нежелательные реакции (обязательно для заполнения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Условия применения лекарственного препарата для ветеринарного применения (далее - лекарственный препарат) Амбулаторное Стационарное По назначению специалиста в области ветеринарии Самостоятельно, без назначения специалиста в области ветеринарии | | | | | | | | | | |
| Лекарственные препараты, предположительно вызывающие нежелательную реакцию | | | | | | | | | | |
|  | Наименование лекарственного препарата (торговое)  (обязательно для заполнения) | | | Наименование производителя, номер регистрационного удостоверения | Номер серии, срок годности | Доза, путь введения | Дата начала применения | | Дата окончания применения | Показание |
| 1 |  | | |  |  |  |  | |  |  |
| 2 |  | | |  |  |  |  | |  |  |
| 3 |  | | |  |  |  |  | |  |  |
| Описание нежелательной реакции:  (обязательно для заполнения) | | | | | | | | | Дата начала нежелательной реакции \_\_\_\_ | |
| в том числе данные лабораторных исследований  (при наличии) | | | | | | | | |
| Клиническое состояние животного (животных) после применения лекарственного препарата: | |
| Смерть | |
| Угроза жизни | |
| Угроза здоровью | |
| Предпринятые меры | | | | | | | | | | |
| Без лечения Отмена лекарственного препарата Снижение дозы лекарственного препарата | | | | | | | | | | |
| Немедикаментозная терапия | | | | | | | | | | |
| Лекарственная терапия  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Исход нежелательной реакции | | | | | | | | | | |
| Выздоровление без последствий | | | | | | | | | | |
| Улучшение состояния | | | | | | | | | | |
| Состояние без изменений | | | | | | | | | | |
| Выздоровление с последствиями (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Смерть | | | | | | | | | | |
| Исход не известен на дату направления сообщения | | | | | | | | | | |
| Дата окончания нежелательной реакции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Сопровождалась ли отмена лекарственного препарата исчезновением нежелательной реакции? | | | | | Нет Да | | | | | |
| Лекарственный препарат не отменялся | | | | | |
| Назначался ли лекарственный препарат повторно? Нет Да | | | | | Результат  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Информация о других лекарственных препаратах (информация о сопутствующем лечении в течение последних 3-х месяцев) (при наличии) | | | | | | | | | | |
|  | Наименование лекарственного препарата (торговое) | | Наименование производителя, номер регистрационного удостоверения | Номер серии, срок годности | Доза, путь введения | Дата начала терапии | | Дата окончания терапии | | Показание |
| 1 |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| 2 |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| 3 |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| 4 |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| 5 |  | |  |  |  |  | |  | |  |
| Сведения о лице, сообщившем о нежелательной реакции | | | | | | | | | | |
| Специалист в области ветеринарии | | | | | | | | | | |
| Владелец животного | | | | | | | | | | |
| Иной субъект обращения лекарственных средств | | | | | | | | | | |
| Для физического лица (обязательно для заполнения): | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | | | | | | | | |
| Адрес места жительства:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Контактный телефон/адрес электронной почты (при наличии):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Для юридического лица (обязательно для заполнения): | | | | | | | | | | |
| Полное наименование юридического лица  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Адрес в пределах места нахождения:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Контактный телефон/адрес электронной почты (при наличии):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| Дата направления сообщения (обязательно для заполнения) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |