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)  |
|    |