



FORMULARIO VERDE DE NOTIFICACION

SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA

SERVICIO AGRICOLA Y GANADERO / DIVISIÓN DE PROTECCIÓN PECUARIA

Paseo Bulnes 140, Santiago-Chile

Fono: +56 22 3451387 Email: farmacovigilancia@sag.gob.cl

www.sag.cl

CONFIDENCIAL

Para uso exclusivo del SAG

Número de Referencia:

| IDENTIFICACIÓN DEL EFECTO ADVERSO (EA) | DATOS DEL NOTIFICANTE | NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL RESPONSABLE DEL O DE LOS ANIMALES IMPLICADOS. |
|--|--|--|
| <p>- Problema de seguridad:</p> <p>En animales <input type="checkbox"/></p> <p>En humanos <input type="checkbox"/></p> <p>-Falta de eficacia <input type="checkbox"/></p> <p>-Prob. período resguardo <input type="checkbox"/></p> <p>-Prob. medioambientales <input type="checkbox"/></p> | <p>Rol : <input type="checkbox"/> Veterinario RCMV : <input type="checkbox"/> Director Técnico establecimiento de expendio <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Nombre : _____</p> <p>Dirección : _____</p> <p>Teléfono : _____</p> <p>Email : _____</p> | |

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE(S)

| Especie | Raza | Sexo | Estado | Edad | Peso | Razón del tratamiento |
|---------|------|---|---|------|------|-----------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Macho <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="radio"/> Castrado <input type="radio"/> Preñada <input type="radio"/> Otro | | | |

MEDICAMENTO VETERINARIO ADMINISTRADO ANTES DE LA APARICIÓN DEL SUPUESTO EFECTO ADVERSO

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

| | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| Nombre comercial del medicamento veterinario | | | |
| Forma farmacéutica y concentración (p.ej.: comprimidos de 100 mg) | | | |
| Número de Registro SAG | | | |
| Número de serie | | | |
| Vía y lugar de administración | | | |
| Dosis / Frecuencia (posológica) | | | |
| Duración del tratamiento / Exposición Día de inicio (dd/mm/aaaa): Día final (dd/mm/aaaa): | ___/___/___ ___/___/___ | ___/___/___ ___/___/___ | ___/___/___ ___/___/___ |
| ¿Quién administró el medicamento? (veterinario, propietario, otro) | | | |
| ¿Cree que el EA se debe al medicamento? | Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> | Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> | Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> |
| ¿Ha sido informado el laboratorio respectivo?: | Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> | Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> | Sí <input type="radio"/> / No <input type="radio"/> |
| FECHA DEL SUPUESTO EFECTO ADVERSO (dd/mm/aaaa) ___/___/___ | Tiempo transcurrido entre la administración del medicamento y el EA en minutos, horas o días | | Duración del EA en minutos, horas o días |
| | | | |
| | N° de animales tratados | N° de animales con signología | N° de animales muertos |
| | | | |

DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN (*Problemas de seguridad en animales / Presunta falta de la eficacia esperada / Problemas con el periodo de resguardo / Problemas medioambientales*) – Por favor, descríbalos:
Indicar también si el EA ha sido tratado. ¿Cómo y con qué y cuál fue el resultado?

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE (p.ej: Estudios realizados o en marcha, informes de necropsias. Adjuntar la documentación oportuna).

EVENTOS ADVERSOS EN PERSONAS (Si el EA ocurrió en personas, favor completar la siguiente información)

- Contacto con el animal tratado
- Ingestión oral
- Exposición tópica
- Exposición ocular
- Exposición por inyección dedo mano articulación otro
- Otros Especificar: _____
- Dosis recibida: _____

FIRMA DEL NOTIFICANTE

Fecha (dd/mm/aaaa): ___ / ___ / _____

Mediante la presente declaro que la información antes señalada es verídica.

Nombre y Apellidos :

Firma* : _____

*Sólo en caso que el presente formulario sea entregado impreso

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