
DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL DE PRODUCTOS VETERINARIOS
FORMULARIO EFECTOS INDESEABLES

FECHA:

Depto:

Ciudad-Localidad:

1.- DENUNCIANTE:

Dirección:

TEL:

FAX:

Responsable Técnico:

2.- MEDICAMENTO

2.1. Nombre Comercial

2.2. Laboratorio

2.2. Principio activo

2.3 Nro. Reg:

Serie:

3.- DESCRIPCIÓN DE LOS EFECTOS INDESEADOS

3.1 DATOS GENERALES

3.1.1 Especie animal afectada:

3.1.2 Sexo

3.1.3 Edad

3.1.4. Raza

3.1.5 Número animales tratados

3.1.6 Número de animales enfermos

3.1.7 Dosis administrada

3.1.8 Vía de administración

3.2 SINTOMAS

3.2.1. Fecha de aparición de síntomas:

3.2.2 Cuadro clínico (resumido):

3.2.3 Examen realizados:

3.2.4 Tratamientos Aplicados:

3.2.5. Otros medicamentos usados

Nombre comercial: fecha administración

Nombre comercial: fecha administración

Nombre comercial: fecha administración

Nombre comercial: fecha administración

.....

3.3 DATOS

- Muerto (s)
- Permanece (n) en tratamiento
- Superviviente (s) con secuelas
- Curado(s)

4.- OBSERVACIONES

Firma Responsable Técnico