

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Agriculture
du Développement Rural et de la pêche

و التنمية الريفية و الصيد البحري

Direction des services vétérinaires

مديرية المصالح البيطرية

PHARMACOVIGILANCE VETERINAIRE

QUESTIONNAIRE SUR L'EFFICACITE THERAPEUTIQUE DES MEDICAMENTS VETERINAIRES

VETERINAIRE TRAITANT :

- Nom et Prénoms :
- Adresse professionnelle :
- Wilaya :
- Daïra :
- Numéro d'inscription à l'AVN : -Cachet :
- Numéro de Téléphone :
- Adresse électronique :

PROPRIETAIRE :

- Nom et Prénoms :
- Adresse :
- Wilaya :
- Daïra :
- Numéro de Téléphone :
- Profession :

I- CARACTERISTIQUES DE L'ANIMAL OU DU LOT D'ANIMAUX TRAITES :

- 1-Espèce :
- 2-Race :
- 3-Type d'élevage :
- 4-Sexe :
- 5-Age :
- 6-Poids (approximatif) :
- 7-Nombre d'animaux malades :
- 8-Nombre d'animaux traités :
- 9-Nombre d'animaux morts :
- 10-Identification :
- 11-Physiologie :

.Etat de gestation : OUI NON INDETERMINE

Stade de gestation (Approximatif) :

.Castration : OUI NON

.Allaitement : OUI NON

12-Etat de santé au moment du traitement :

-BON - CORRECT - MAUVAIS - CRITIQUE -NON CONNU

13-Pronostic de l'affection traitée : - Bon : -Moyen : -Mauvais :

14-Observations (conditions particulières, alimentation....) :

II - MEDICATION :

1-Motif de traitement :

.Préventif : OUI NON .CONTRE.....

.Curatif : OUI NON

.Diagnostic.....

. Symptômes et lésions observés avant le traitement :

. Pronostic avant le traitement : - Bon : -Moyen : -Mauvais :

.Autres (préciser) :

2-Médicament administré :

1-Nom commercial du produit :

2-Forme pharmaceutique :

3-Principe(s) actif(s) :

4-Dosage :

5-Nom du laboratoire fabricant :

6-Posologie /schéma vaccinal :

7-Début de traitement (date) :

8-Fin de traitement (date) :

9-Voie d'administration :

10-Numéro de lot :

11-Numéro d'AMM :

12-Date de fabrication :

13-Date de péremption :

14-Conditions de conservation du produit :

15-Nom de l'importateur :

16-Provenance :

17-Qui a administré le médicament ? :

Le vétérinaire : le propriétaire : Autre :

18-Sites d'injection :

19-Thérapeutique associée : OUI : NON :

Si oui, préciser.

20-A-t-il été administré précédemment à cet (ces) animal (ux) ?

OUI : DATE : NON :

Si oui, qu'avez-vous alors noté ?

III - APRES MEDICATION : Que s'est-il passé ?

1- Guérison

2- Non guérison

3- Amélioration

4- Récidive Date :

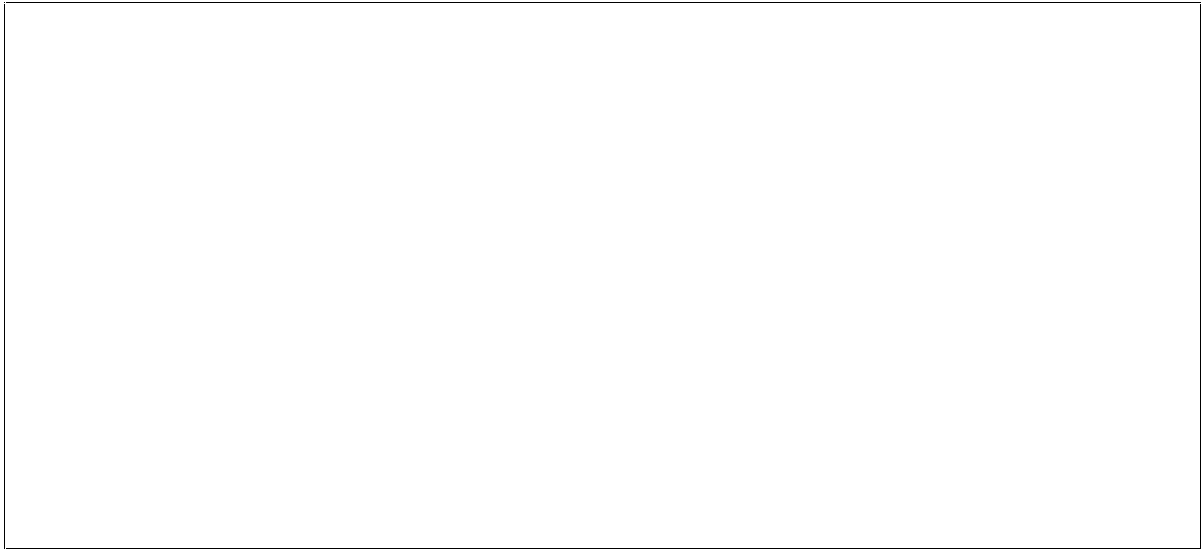
5- Complications : OUI NON

Si oui, les décrire :

6- Complément éventuel d'informations :

IV -APPRECIATION DU PRATICIEN :

Jugement sur l'efficacité de la thérapeutique.



Nom du praticien vétérinaire (cachet), date et signature.

Le présent questionnaire doit être retourné à la direction des services vétérinaires,
Sise 12 boulevard Colonel Amirouche Alger.

Adresse électronique : dsv@madrp.gov.dz

Téléphone : 023-50-31-76 poste 23-64/20-60/20-61.

Numéro de fax : 023-50-31-76