



# 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](mailto:farmacovigilancia@sag.gob.cl)

[www.sag.cl](http://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.		
<b>- Problema de seguridad:</b> En animales En humanos <b>-Falta de eficacia</b> <b>-Prob. período resguardo</b> <b>-Prob. medioambientales</b>		Rol : Veterinario RCMV : Director Técnico establecimiento de expendio Otro Nombre : Dirección : Teléfono : Email :				
DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE(S)						
Especie	Raza	Sexo	Estado	Edad	Peso	Razón del tratamiento
		Hembra Macho Desconocido	Castrado Preñada Otro			

**MEDICAMENTO VETERINARIO ADMINISTRADO ANTES DE LA APARICIÓN DEL SUPUESTO EFECTO ADVERSO**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Nombre comercial del medicamento veterinario</b>			
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 / No	Sí / No	Sí / No
<b>¿Ha sido informado el laboratorio respectivo?:</b>	Sí / No	Sí / No	Sí / No

**MEDICAMENTO VETERINARIO ADMINISTRADO ANTES DE LA APARICIÓN DEL SUPUESTO EFECTO ADVERSO**

(si se administraron más de 6 medicamentos simultáneamente, por favor duplique este formulario)

	4	5	6
<b>Nombre comercial del medicamento veterinario</b>			
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 / No	Sí / No	Sí / No
¿Ha sido informado el laboratorio respectivo?:	Sí / No	Sí / No	Sí / No
<b>FECHA DEL SUPUESTO EFECTO ADVERSO</b> (dd/mm/aaaa)	<b>Tiempo transcurrido entre la administración del medicamento y el EA en minutos, horas o días</b>		<b>Duración del EA en minutos, horas o días</b>
	<b>N° de animales tratados</b>	<b>N° de animales con signología</b>	<b>N° de animales muertos</b>

**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, 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):