

Rapport sur des effets indésirables après application des médicaments immunologiques

espèce: sexe: âge:

race: identification/nom/MM:

propriétaire: adresse:

code postal: lieu:

description des effets indésirables

symptômes:

.....

apparus le: durée:

thérapie:

.....

développement:

.....

état final:

(autres informations au verso ou une feuille séparée)

anamnèse de vaccination (si possible, joindre une copie du carnet de vaccination)

date de la vaccination	vaccin (nom du produit)	lot n°	dose	voie d'application

autres médicaments administrés

date de l'application	nom du produit	ev.lot n°	dose	voie d'application

le distributeur est-il informé? oui non

lieu: date:

signature: timbre: