



**FORMULARIO DE REPORTE SOBRE PRESUNTOS  
EVENTOS ADVERSOS  
MEDICAMENTOS Y BIOLÓGICOS DE USO VETERINARIO**

**Para uso exclusivo del ICA**  
**Número de Referencia:**  
(Año/mes/2 últimos dígitos NIT empresa/ consecutivo)

Cláusula de Confidencialidad  
La información contenida en el presente formulario es confidencial, está dirigida exclusivamente a su destinatario

TIPO DEL PRESUNTO EVENTO ADVERSO	INFORMACIÓN DEL REPORTANTE	INFORMACIÓN DEL PRESUNTO EVENTO ADVERSO	
Problemas de seguridad en: <input type="checkbox"/> Animales <input type="checkbox"/> Personas  <input type="checkbox"/> Reporte de Literatura <input type="checkbox"/> Falta de eficacia <input type="checkbox"/> Problemas Tiempo de retiro <input type="checkbox"/> Problemas Medioambientales <input type="checkbox"/> Producto fuera de norma <input type="checkbox"/> Otro Cuál: _____	<input type="checkbox"/> Veterinario <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Establecimiento de comercio <input type="checkbox"/> Otro Cuál: _____  Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono fijo: /_/_/_/-/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_ Teléfono celular: _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_ E-mail: _____	Responsable de (los) animales implicados	Nombre: Ocupación: Teléfono de Contacto: Dirección: E-mail:
		<input type="checkbox"/> Urbano	Nombre del paciente: Ciudad: Dirección:
		<input type="checkbox"/> Rural	Nombre o identificación del paciente (si aplica): Predio: Municipio: Vereda:

**PACIENTE(S)**  Animal(es)  Persona (s) (en personas rellenar sólo la edad y el sexo)

Especies	Raza	Sexo	Edad	Peso	Razón del tratamiento
<input type="checkbox"/> Bovino <input type="checkbox"/> Equino <input type="checkbox"/> Porcino <input type="checkbox"/> Ovino <input type="checkbox"/> Caprino <input type="checkbox"/> Ave <input type="checkbox"/> Perro <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Silvestre <input type="checkbox"/> Búfalo <input type="checkbox"/> Otro Cuál: _____		<input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Macho	(en días, meses o años)	(en kg)	

**Estado de salud al momento de la administración del producto**  Bueno  Regular  Malo  Crítico  Desconocido

**MEDICAMENTOS O BIOLÓGICOS VETERINARIOS INVOLUCRADOS EN LA APARICIÓN DEL PRESUNTO EVENTO ADVERSO**  
(Si se administraron más de 3 productos simultáneamente, por favor duplique este formulario)

INFORMACIÓN DEL(LOS) PRODUCTO(S)	Producto 1	Producto 2	Producto 3
Nombre comercial del producto veterinario			
Presentación comercial			
Nombre del Laboratorio			
Número de Registro ICA			
Número de Lote			
Fecha de vencimiento			
Dosis administrada			
Vía y lugar de administración			
Frecuencia de aplicación			
Motivo de aplicación del producto			
Duración del tratamiento / Exposición: Fecha inicio:			
Fecha final o duración:			
¿Quién administró el producto? (Veterinario, propietario, otro: aclare)			
Donde adquirió el producto			
¿Cree que la reacción se debe al medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

