

動物用医薬品等副作用情報報告書

(記載例)

年 月 日

農林水産大臣 殿

住所
氏名

肉用牛、乳用牛、豚、
肉用鶏、犬、猫など

0回、1回、
2回...

1. 発現動物					
動物種※	犬	品種	シェットランド シーブドッグ		
性別※	雌	妊娠の有無	無	産歴	1回
年齢※	2歳	体重	不明		
医薬品を投与したときの 投与前の診断名又は投	雄、雌、	<input checked="" type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 不健康 <input type="checkbox"/> 不明	該当するものに チェックしてください。		
既往歴	副作用に関連があると考えられる				
副作用歴	なし				
医薬品の投与歴					
2. 医薬品等の情報					
医薬品区分 ※	<input checked="" type="checkbox"/> 動物用医薬品(生物学的製剤)		<input type="checkbox"/> 人体用医薬品		
	<input type="checkbox"/> 動物用医薬品(生物学的製剤以外)		<input type="checkbox"/> 未承認薬		
製品名※	狂犬病TCワクチン"ヤッケン"	成分名	狂犬病ワクチン		
製造業者又は輸入販売業者※	株式会社ヤッケン				
製造番号※	Lot. 7	使用期限	H15.12	保管状況	冷蔵
3. 副作用の概要及び転帰					
都道府県※	東京都	発生年月日※	平成15年 12月 10日		
投与年月日※	平成15年 12月 10日 (~ 月 日)		投与者	獣医師	
投与から発現までの時間※	10分後	投与経路※	皮下注射		
用法・用量※	<input checked="" type="checkbox"/> 用法・用量のとおり <input type="checkbox"/> 月 ○○時間後など		投与量	1ml	
効能・効果※	<input checked="" type="checkbox"/> 効能・効果のとおり <input type="checkbox"/> 適用外使用				
併用薬※	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(製品名:)				
副作用・感染症の種類と経過※	呼吸速迫、けいれん、嘔吐			該当するものに チェックしてください。	
講じた処置※	デキサメタゾン投与、輸液			死亡、 廃用(安 楽死)、 回復、 治療中	
病性鑑定(検査)の成績	転帰※ 回復				
同時に投与した他の動物の情報	注意: ※のついた項目はもれなくご記入下さい。 わからないところや実施していないところも、「不明」、「なし」、				
因果関係※	<input checked="" type="checkbox"/> あると考えられる <input type="checkbox"/> ないとは言えない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他()				
4. 報告者の意見※					
投与後副作用発現までの時間及び症状から、ワクチン接種によるアナフィラキシー反応であると考えられる					
5. その他※					
情報入手年月日	平成15年 12月 10日	本事例の関連企業への報告を			
報告者	<input checked="" type="checkbox"/> 獣医師 <input type="checkbox"/> 獣医師以外()	<input checked="" type="checkbox"/> 行った			
担当者氏名		企業名 株式会社 ヤッケン			
診療施設名		連絡日 平成 15年 12月 12日			
電話番号		<input type="checkbox"/> 行う予定			
FAX番号		平成 年 月 日頃			
メールアドレス		<input type="checkbox"/> 行わない <input type="checkbox"/> 未定			

※の項目はもれなく記入してください

(FAX送付先:042-321-1769)