

* Champs obligatoires		NUTRIVIGILANCE VETERINAIRE FICHE DE NOTIFICATION D'EFFET NEFASTE		<input type="checkbox"/> Animal(aux) }* <input type="checkbox"/> Humain
1 – RESERVE FILIALE OU COMPAGNIE		2 – NOTIFICATEUR INITIAL		
Nom de l'émetteur : Virbac France Adresse : 13 ^{ème} rue LID, BP 447 06515 CARROS cedex Référence du cas : Type de rapport : <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Suivi de cas Date de réception des 1 ^{ères} informations :		* Adresse : Téléphone / Email : Pays de survenue de l'événement: <input type="checkbox"/> Vétérinaire <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Autre :		
3 – <input type="checkbox"/> VETERINAIRE <input type="checkbox"/> PHARMACIEN <input type="checkbox"/> MEDECIN		4 – <input type="checkbox"/> PROPRIETAIRE DE L'ANIMAL / <input type="checkbox"/> HUMAIN REAGISSANT		
Nom/Prénom : Adresse : Téléphone/Email : <input type="checkbox"/> Identique au notificateur initial		Nom/Prénom : Adresse : Téléphone/Email : <input type="checkbox"/> Identique au notificateur initial		
5 – ANIMAL(AUX) CONCERNE(S)		Nb d'animaux concernés: _____ Nb d'animaux morts : _____		
Caractéristiques des animaux affectés : * Espèce : _____ Identification: _____ Race : _____ Poids (préciser l'unité: _____ Age(s) : _____ Sexe/statut physiologique: <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Castré <input type="checkbox"/> Gestation <input type="checkbox"/> Lactation <input type="checkbox"/> Accès à l'extérieur Etat de santé avant consommation: <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Critique <input type="checkbox"/> Inconnu Commentaires : Antécédents de l'animal consommateur (aliment précédent) :				
6 – INFORMATION SUR L'(LES) ALIMENT(S) CONSOMME(S) ET PRODUIT(S) ADMINISTRE(S). Indiquer tous l' (les) aliment(s) consommé(s) et les produits pertinents administré(s) avant l'effet si le nombre dépasse 4, veuillez dupliquer le formulaire :				
* Nom du produit				
Nom du laboratoire :				
Numéro de lot:				
Date de péremption				
Lieu d'achat				
Date d'achat				
Pays d'achat				
Conditions de stockage correctes? Si Non, expliquer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Circuit d'achat : Si, Internet préciser nom du site Autre préciser :	<input type="checkbox"/> Vétérinaire <input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Vétérinaire <input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Vétérinaire <input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Vétérinaire <input type="checkbox"/> Internet
Présentation ou format du conditionnement en Kg (aliment)				
Date début de consommation / traitement Date de fin de consommation / traitement :				
Quantité quotidienne ingérée (en g) / ou dose administrée				
Transition alimentaire: Durée de la transition :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA
Préciser les modalités de transition :				
Réversibilité de l'effet à l'arrêt de la consommation / administration?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Si oui l'effet néfaste est il réapparu?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Reprise de la consommation de l'aliment Commentaires :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

