|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 1. Nombre del producto:
 |  |
| 1. Presentación:
 |       |
| 1. Número de lote:
 |       |
| 1. Fecha de caducidad:
 | Haga clic aquí para escribir una fecha. |
| 1. Cantidad de producto adquirido:
 |
| 1. Nombre del cliente:
 |       |
| 1. Dirección (calle, No., colonia, ciudad, estado) y teléfono:
 |       |
| 1. Correo electrónico:
 |       |
| 1. Motivo de inconformidad:
 | Elija un elemento.  |
|  |
| **Inconformidad Terapéutica** |
| 1. Especie animal que se medicó:
 |
| [ ] Bovinos | [ ] Ovinos | [ ] Caprinos | [ ] Porcinos | [ ] Equinos | [ ] Caninos (especifique raza)      |
| [ ] Felinos | [ ] Aves | [ ] Reptiles (especifique)  | [ ] Otros (especifique) |
| 1. Peso aproximado del (los) animal(es): \_\_\_\_\_\_ Kg

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Muy delgado | Delgado | Ideal | Sobre peso | Obeso |

 | 1. Sexo del (los) animal(es):

|  |  |
| --- | --- |
| Hembra | Macho |

1. En caso de ser hembra, ¿se encontraba gestante?

|  |  |
| --- | --- |
| SI | NO |

 |
|  |  |
| 1. Tipo de alimentación: (qué come)
 | 1. Forma de alimentación: (cómo come)
 |
| 1. Edad del (los) animal(es):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. Vía de administración utilizada:
 |
| [ ] Intramuscular | [ ] Intravenosa | [ ] Subcutánea | [ ] Oral (directa) | [ ] Oral (en agua bebida) |
| [ ] Intramamaria | [ ] Intrauterina | [ ] Epidural | [ ] Nasal | [ ] Oral (en alimento) |
| [ ] Oftálmica | [ ] Tópica cutánea | [ ] Sublingual | [ ] Ótica | [ ] Rectal |
| [ ] Intraarterial | [ ] Vaginal | [ ] Intracardiaca | [ ] Inhalatoria | [ ] Intraóseo |
| [ ] Intraarticular  |  |  |  |  |
| 1. Condiciones de aplicación (lugar abierto o cerrado):
2. Lugar de compra del medicamento (estado/municipio):
3. Lugar de aplicación del medicamento (estado/municipio):
4. ¿Cómo almacenó el medicamento?
5. Modo de aplicación:
 |
| 1. La jeringa utilizada:
 |
| [ ] Era nueva | [ ] Usé la misma en varios animales | [ ] Usé la misma para aplicar varios medicamentos |
| [ ] No aplica | [ ] Otro: (especifique) |       |
| 1. El medicamento:
 |
| [ ] Se combinó con otro(s), ¿Cuál(es)?: |  |
| [ ] Existió un tratamiento paralelo, ¿Cuál(es)?  |
| [ ] Existió una medicación simultánea, ¿Cuál(es)?        |
| [ ] Existió una medicación previa, ¿Hace cuánto?       | ¿Cuál(es)? |  |
| [ ] Fue el único medicamento administrado/aplicado:  |
| 1. Cantidad total de animales administrados:
 |
| 1. Número de animales afectados:
 |  |
| 1. Descripción detallada del problema (no olvide especificar signología presentada, diagnóstico presuntivo y toda la información que considere importante):
 |
|  |
| 1. ¿Existen estudios de laboratorio y/o patología? Especifique (anexar)
 |  |  |
| 1. ¿Hay fotos o videos del caso? (anexar)
 |  |  |
| 1. ¿Algún Médico Veterinario tomó nota del presente caso?
 |  |  |
| 1. En caso de ser afirmativo favor de agregar los datos para localizarlo.
 |  |  |
| **Anexar historia clínica con el diagnostico que realizó.** |  |
| **Inconformidad de Calidad** |
| 1. Recibí el producto sin este componente:
 |
| [ ] Caja | [ ] Etiqueta | [ ] Instructivo | [ ] Polvo | [ ] Diluyente | [ ] Jeringa | [ ] Otro ¿Cuál? |  |
| 1. ¿Presenta algún defecto de calidad?
 |
| [ ] Sin fecha de caducidad | [ ] Manchado | [ ] Con fuga | [ ] Estrellado o roto | [ ] Volumen bajo |
| [ ] Sin cinturón de seguridad | [ ] Sin tapón | [ ] Apariencia (olor, color, consistencia) | [ ] Sin contenido |
| [ ] No se mezcla / no se resuspende | [ ] Sin número de lote | [ ] Otro ¿Cuál? |  |

En Experiencia Veterinaria, S.A de C.V estamos para servirle, permítanos ayudarle proporcionando la mayor cantidad posible de información.

En caso de biológicos (vacunas) especificar cómo mantuvo la cadena fría.

Enviar formato lleno al correo: calidad@aranda.vet