‑

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Patient Details / रोगी का विवरण** | |
| Patient Initials / रोगी के आद्याक्षर: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Example: write RKS for Rahul Kumar Sharma | Age (Year) / आयु ((वर्ष): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Weight (in kg)/ वज़न (कि.ग्रा.):\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Please Tick /कृपया सही का निशान लगाएं **(🗸)**  Gender/ लिंग: □ Male/ पुरुष □ Female/ महिला □ Other/ अन्य | |

|  |
| --- |
| 1. **Health Information / स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी** |
| Reason of taking medicine (Disease/symptoms)/ दवा लेने का कारण (रोग /लक्षण): |
| Please Tick / कृपया सही का निशान लगाएं **(🗸)**  Medicine advised by/ दवाई की सलाह देने वाला  □ Doctor/ डॉक्टर □ Pharmacist / फार्मासिस्ट □ Friends/Relatives मित्र/ रिश्तेदार □ Self/ स्वयं |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Details of Person Reporting the Adverse Event / प्रतिकूल घटना की सूचना देने वाला व्यक्ति का विवरण** | |
| Name (Optional)/ नाम (वैकल्पिक): | |
| Address/ पता: | |
| Phone No. / फोन नं: | Email / ईमेल : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Details of Medicine Taking/ Taken ली जा रही / ली जा चुकी दवाई का विवरण** | | | | | | | | |
| **S. No.**  **क्र.** **सं.** | **Name of Medicine दवाई का नाम** | | **Manufact-urer name**  **मैन्युफैक्चरर नाम** | **Batch/ Lot No. बैच/लॉट नंबर** | **Drug Expiry date दवाई समाप्ति दिनांक** | **Quantity of medicine taken (Example: 250 mg two times a day) ली गई दवा की मात्रा (उदाहरण 250 मिलीग्राम दिन में दो बार)** | **Date of start of medicine दवा शुरू करने की तारीख**  DD/MM/YYYY | **Date of stop of medicine दवा बंद करने की तिथि**  DD/MM/YYYY |
| **Brand Name/ ब्रांड नाम** | **Generic Name जेनेरिक नाम** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Please Tick /कृपया सही का निशान लगाएं **(🗸)**  Dosage Form/ खुराक का स्वरुप  □ Tablet / टेबलेट □ Capsule/ कैप्सूल □ Injection /इंजेक्शन □ Oral Liquids / मौखिक तरल  □ other/ अन्य (please specify/ कृपया निर्दिष्ट करे) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **5) Describe the adverse event / प्रतिकूल घटना का वर्णन करें** |
| When did the adverse event start? प्रतिकूल घटना कब शुरू हुई थी? (DD/MM/YYYY ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  When did the adverse event stop? प्रतिकूल घटना कब समाप्त हुआ था? (DD/MM/YYYY )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adverse event is still Continuing? (Yes/No)/ प्रतिकूल घटना अभी भी जारी है (हां / नहीं)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **6) How bad was the adverse event / प्रतिकूल घटना कितना हानिकारक था ?** |
| Please Tick /कृपया सही का निशान लगाएं **(🗸)**  □ Did not affect daily activities / दैनिक गतिविधियां प्रभावित नहीं हुई थी  □ Affect Daily Activities / दैनिक गतिविधियां प्रभावित हुई  □ Admitted to Hospital/ अस्पताल मे भर्ती होना पड़ा □ Death / मृत्यु □ Other / अन्य |
| Describe the adverse event (What did you do to manage the adverse event?) / प्रतिकूल घटना का वर्णन करें (प्रतिकूल घटना से छुटकारा प्राप्त करने के लिए आपने क्या किया)? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Send the complete form by mail**  EMAIL ID | **Note/ नोट:**   * Attach photo copy of Medicine Bill Receipt and Doctor’s Prescription / दवा बिल रसीद और डॉक्टर के पर्चे की फोटोकॉपी संलग्न करें | * If any additional data (lab reports), then please attach with this form / यदि कोई अतिरिक्त डेटा (लैब रिपोर्ट्स) है, तो कृपया इस फ़ॉर्म के साथ सलंग्न करें। |
| **Confidentiality:** **This reporting is voluntary, has no legal implication and aims to improve patient safety. Your active participation is valuable. The patient’s identity is held in strict confidence and protected to the fullest extent. Submission of a report does not constitute an admission that medical personnel or manufacturer or the product caused or contributed to the reaction.**  **गोपनीयता: यह रिपोर्टिंग स्वैच्छिक है, इसका कोई कानूनी निहितार्थ नहीं है और इसका उद्देश्य रोगी की सुरक्षा में सुधार करना है। आपकी सक्रिय भागीदारी मूल्यवान है। रोगी की पहचान को पुर्णत: गुप्त और सुरक्षित रखा जाएगा। रिपोर्ट सूचना देने का यह मतलब नहीं है कि चिकित्सा कर्मी या निर्माता या उत्पाद के कारण प्रतिकुल घटना हुई है या इनसे कोई सम्बन्ध है।** | |