



MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

ওষুধের পার্শ্ব ক্রিয়া রিপোর্টিং ফর্ম (উপোভোক্তার জন্য)

Indian Pharmacopoeia Commission, National Coordination Centre- Pharmacovigilance Programme of India, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

ভারতীয় ফার্মাকোপিয়া কমিশন, ভারতের জাতীয় সমন্বয় কেন্দ্র- জাতীয় ওষুধ সতর্কতার কর্মসূচী, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রালয়, ভারত সরকার

Version 1.0
সংস্করণ 1.0

1. Patient Details/ রোগীর বিবরণ

Patient Initials/ রোগীর আদ্যক্ষর:	<input type="text"/>	Gender/ লিঙ্গ (v): Male/ পুরুষ <input type="checkbox"/> Female/ মহিলা <input type="checkbox"/>	Age (Year or Month)/ বয়স (বছর বা মাস):
		Other/ অন্যান্য <input type="checkbox"/>	

2. Health Information/ স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য

a. Reason(s) for taking medicine(s)(Disease/Symptoms)/ ওষুধ নেওয়ার কারণ (গুলি) (রোগ/উপসর্গ):

b. Medicines Advised by/ ওষুধের পরামর্শদাতা (v): Doctor/ ডাক্তার ☐ Pharmacist/ ফার্মাসিস্ট ☐ Friends/Relatives/ বন্ধু/আত্মীয় ☐

Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ (বিগত রোগের অভিজ্ঞতা/বিগত রোগের কোনো অভিজ্ঞতা নেই) ☐

3. Details of Person Reporting the Side Effect/ পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া প্রতিবেদনকর্তা.

Name (Optional)/ নাম (ঐচ্ছিক):

Address/ ঠিকানা:

Telephone No/ টেলিফোন নং:

Email/ ইমেল:

4. Details of Medicine Taking/Taken/ নেওয়া/নিচ্ছেন ওষুধের বিবরণ

Name of Medicines/ ওষুধের নাম	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ নেওয়া ওষুধের পরিমাণ (যেমন 250 মিলিগ্রাম, দিনে দুই বার)	Expiry Date of Medicines/ ওষুধের মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ	Date of Start of Medicines/ ওষুধ নেওয়া শুরু করার তারিখ	Date of Stop of Medicines/ ওষুধ নেওয়া বন্ধ করার তারিখ
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy

Dosage form/ প্রকার (v) : Tablet/ ট্যাবলেট ☐ Capsule/ ক্যাপসুল ☐ Injection/ ইনজেকশন ☐ Oral Liquids/ মৌখিক তরল ☐

If Others (Please Specify.....)/অন্য যদি কিছু থাকে (দয়া করে উল্লেখ করুন.....)

5. About the Side Effect/ পার্শ্বক্রিয়ার সম্বন্ধে

When did the side effect start?/ পার্শ্বক্রিয়া কখন থেকে শুরু হয়? dd/mm/yy Side Effect is still Continuing (Yes/No)/

When did the side effect stop?/ পার্শ্বক্রিয়া কবে থেকে বন্ধ হয়েছে? dd/mm/yy পার্শ্বক্রিয়া অব্যাহত রয়েছে (হ্যাঁ/না): dd/mm/yy

6. How bad was the Side Effect? (Please v the boxes that Apply)/ পার্শ্ব ক্রিয়া কতটা খারাপ ছিল? (প্রযোজ্য বাক্সে v প্রয়োগ করুন)

<input type="checkbox"/> Did not affect daily activities/ দৈনন্দিন কাজকর্ম কে প্রভাবিত করে নি	<input type="checkbox"/> Affect daily activities/ দৈনন্দিন কাজকর্ম কে ব্যাহত করে
<input type="checkbox"/> Admitted to hospital/ হাসপাতালে ভর্তি করা হয়	<input type="checkbox"/> Death/ মৃত্যু
<input type="checkbox"/> Others/ অন্যান্য	

7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ পার্শ্বক্রিয়া বর্ণনা করুন (পার্শ্বক্রিয়া কে সামলানোর জন্য আপনাকে কি করতে হয়েছে?)

This reporting is voluntary, has no legal implication and aims to improve patient safety. Your active participation is valuable. The information provided in this form will be forwarded to ADR Monitoring Centre for follow-up. You are requested to cooperate with the programme officials when they contact you for more details. Please do report even if you do not have all the information.

এই রিপোর্টিং স্বৈচ্ছিক, এতে কোন আইনি সংশ্লেষ নেই এবং রোগীর নিরাপত্তা উন্নত করাই এর উদ্দেশ্য। এই ফর্ম দেওয়া তথ্য পরবর্তী ব্যবস্থার জন্য এ. ডি. আর. মনিটরিং সেন্টার কে পাঠানো হবে আপনার কাছে প্রগ্রাম কর্মকর্তাদের সঙ্গে সহযোগিতা করতে অনুরোধ করা হচ্ছে, যখন তারা আরো বিস্তারিত বিবরণের জন্য আপনার সাথে যোগাযোগ করবেন। আপনার কাছে সমস্ত তথ্যের বিবরণ না থাকলেও দয়া করে রিপোর্ট করুন।

Please turn the page to read the instructions
নির্দেশাবলী পড়ার জন্য পাতা উলটান