



MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

औषधि दुष्प्रभाव सूचना फॉर्म (उपभोक्ताओं के लिए)

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

भारतीय भेषज संहिता आयोग, राष्ट्रीय समन्वय केंद्र – भारतीय फार्माकोविजिलेंस कार्यक्रम,
स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार।

1. Patient Details/ रोगी का विवरण				
Patient Initials/ रोगी के आद्याक्षरः	<input type="text"/>	Gender/ लिंग (v): Male/ पुरुष <input type="checkbox"/> Female/ स्त्री <input type="checkbox"/>	Age (Year or Month)/ आयु (वर्ष या माह):	
2. Health Information/ स्वास्थ्य संबंधी जानकारी				
a. Reason(s) for taking medicine(s)(Disease/Symptoms)/ दवा(दवाएं) लेने का कारण (रोग/लक्षण):				
b. Medicines Advised by/ दवाई की सलाह देने वाला (v): Doctor/ डॉक्टर <input type="checkbox"/> Pharmacist/ फॉर्मासिस्ट <input type="checkbox"/> Friends/Relatives/ मित्र/रिश्तेदार <input type="checkbox"/>				
Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ स्वयं (पूर्व बीमारी का अनुभव/पूर्व बीमारी का कोई अनुभव नहीं) <input type="checkbox"/>				
3. Details of Person Reporting the Side Effect/ दुष्प्रभाव की सूचना देने वाले व्यक्ति का विवरण				
Name (Optional)/ नाम (वैकल्पिक):				
Address/ पता:				
Telephone No/ टेलीफोन नं:		Email/ ईमेल:		
4. Details of Medicine Taking/Taken/ ली जा रही है / ली जा चुकी दवाई का विवरण				
Name of Medicines/ दवाइयों के नाम	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ ली गई दवाई की मात्रा (उदाहरण के लिए 250 मिग्रा, एक दिन में दो बार)	Expiry Date of Medicines/ दवा के निष्क्रिय होने की तिथि	Date of Start of Medicines/ दवाइयां आरंभ करने की तिथि	Date of Stop of Medicines/ दवाइयां रोकने की तिथि
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
Dosage form/खुराक का स्वरूप (v) : Tablet/ गोली (टेबलेट) <input type="checkbox"/> Capsule/ कैप्सूल <input type="checkbox"/> Injection/ इंजेक्शन <input type="checkbox"/> Oral Liquids/ मौखिक तरल <input type="checkbox"/> If Others (Please Specify.....)/यदि अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें.....)				
5. About the Side Effect/ दुष्प्रभाव के बारे में				
When did the side effect start?/ दुष्प्रभाव की शुरुआत कब हुई थी?		<input type="text"/>	Side Effect is still Continuing (Yes/No)/	
When did the side effect stop?/ दुष्प्रभाव कब समाप्त हुआ था?		<input type="text"/>	क्या दुष्प्रभाव जारी हैं (हां/ नहीं): <input type="text"/>	
6. How bad was the Side Effect? (Please ✓ the boxes that Apply)/ दुष्प्रभाव कितने हानिकारक थे? (कृपया जो लागू हो, उस पर ✓ का निशान लगाएं)				
<input type="checkbox"/> Did not affect daily activities/ दैनिक गतिविधियां प्रभावित नहीं हुई थी	<input type="checkbox"/> Affect daily activities/ दैनिक गतिविधियां प्रभावित हुई			
<input type="checkbox"/> Admitted to hospital/ अस्पताल ले जाना पड़ा	<input type="checkbox"/> Death/ मृत्यु			
<input type="checkbox"/> Others/ अन्य				
7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ दुष्प्रभाव की व्याख्या करें (आपने दुष्प्रभावों से छुटकारा प्राप्त करने के लिए क्या किया)?				

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.

यह रिपोर्टिंग स्वैच्छिक है, कोई कानूनी निहितार्थ नहीं है और इसका लक्ष्य मरीज की सुरक्षा में सुधार करना है। आपकी सक्रिय भागीदारी मूल्यवान है। इस फॉर्म में दी गई जानकारी की अनुवर्ती कार्रवाई हेतु एडीआर निगरानी केंद्र को भेजा जाएगा। आपसे अनुरोध है कि आप कार्यक्रम के अधिकारियों का सहयोग करें जब वे अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए आपसे संपर्क करें। कृपया पूर्ण जानकारी न होने पर भी सूचित करें।