



MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

औषधांचे दुष्परिणाम कळविण्यासाठीचे प्रपत्र (उपभोक्त्यांसाठी)

Version 1.0
आवृत्ती 1.0

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

भारतीय औषधिकोश योग, राष्ट्रीय समन्वय केंद्र – भारतीय औषध देखरेख कार्यक्रम, रोग्य व कुटुंबकल्याण मंत्रालय, भारत सरकार.

1. Patient Details/ रुग्णाची माहिती				
Patient Initials/ रुग्णाची आद्याक्षरे:	<input type="text"/>	Gender/ लिंग (v): Male/ पुरुष <input type="checkbox"/> Female/ स्त्री <input type="checkbox"/>	Age (Year or Month)/ वय (वर्ष किंवा महिना)	
Other/ इतर <input type="checkbox"/>				
2. Health Information/ <input type="checkbox"/> रोग्यविषयक माहिती				
a. Reason(s) for taking medicine(s)(Disease/Symptoms)/ औषध(धे) घेण्याचे कारण(णे) (रोग/लक्षण):				
b. Medicines Advised by/ औषधे सुचविणारी व्यक्ती (v): Doctor/ डॉक्टर <input type="checkbox"/> Pharmacist/ औषधतज्ञ <input type="checkbox"/> Friends/Relatives/ मित्र/नातेवाईक <input type="checkbox"/> Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ स्वतः (पूर्वी रोग अनुभवला/अनुभवला नाही) <input type="checkbox"/>				
3. Details of Person Reporting the Side Effect/ दुष्परिणाम कळविणाऱ्या व्यक्तीची माहिती				
Name (Optional)/ नाव (ऐच्छिक):				
Address/ पत्ता:				
Telephone No/ दूरध्वनी क्र:			Email/ ईमेल:	
4. Details of Medicine Taking/Taken/ घेत असलेल्या/घेतलेल्या औषधाची माहिती				
Name of Medicines/ औषधांची नावे	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ औषधांचे घेतलेले प्रमाण (उदा. 250 मिग्रॅ, दररोज दोन वेळा)	Expiry Date of Medicines/ औषधांचा मुदतसमाप्ती दिनांक	Date of Start of Medicines/ औषधे सुरु केल्याचा दिनांक	Date of Stop of Medicines/ औषधे बंद केल्याचा दिनांक
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
Dosage form/ डोसचे स्वरूप (v) : Tablet/ गोळी <input type="checkbox"/> Capsule/ कॅप्सूल <input type="checkbox"/> Injection/ इंजेक्शन <input type="checkbox"/> Oral Liquids/ तोंडावाटे द्रव <input type="checkbox"/> If Others (Please Specify.....)/ अन्य असल्यास (कृपया स्पष्ट करा.....)				
5. About the Side Effect/ दुष्परिणामाची माहिती				
When did the side effect start?/ दुष्परिणाम कधी सुरु झाला?		<input type="text"/>	Side Effect is still Continuing (Yes/No)/ <input type="checkbox"/>	
When did the side effect stop?/ दुष्परिणाम कधी थांबला?		<input type="text"/>	दुष्परिणाम अजून सुरु आहे (होय/नाही): <input type="checkbox"/>	
6. How bad was the Side Effect? (Please ✓ the boxes that Apply)/ दुष्परिणाम किती वाईट होता? (कृपया लागू चौकट्यांमध्ये ✓ करा)				
<input type="checkbox"/> Did not affect daily activities/ दैनंदिन कार्यांवर परिणाम केला नाही		<input type="checkbox"/> Affect daily activities/ दैनंदिन कार्यांवर परिणाम केला		
<input type="checkbox"/> Admitted to hospital/ रुग्णालयात दाखल केले		<input type="checkbox"/> Death/ मृत्यू		
<input type="checkbox"/> Others/ इतर				
7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ दुष्परिणामाचे वर्णन करा (दुष्परिणामाचे व्यवस्थापन करण्यासाठी तुम्ही काय केले?)				

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.

हा रिपोर्ट ऐच्छिक आहे, त्याचे कोणतीही कायदेशीर परिणाम नाहीत, आणि रुग्णाची सुरक्षितता सुधारणे हा त्याचा हेतू आहे. तुमचा सक्रिय सहभाग मोलाचा आहे. या प्रपत्रात दिलेली माहिती पाठपुराव्यासाठी एडीआर मॉनिटरिंग सेंटरकडे पाठविली जाईल. जेव्हा कार्यक्रम अधिकारी अधिक माहितीसाठी तुमच्याशी संपर्क साधतील तेव्हा त्यांच्याशी सहकार्य करण्याची तुम्हाला विनंती करण्यात येत आहे. कृपया जर तुमच्याकडे सर्व माहिती नसली तरी अवश्य कळवा.

Please turn the page to read the instructions
कृपया सूचना वाचण्यासाठी पान उलटा

Send your report by mail or Fax to/ तुमचा रिपोर्ट पोस्टाने किंवा फॅक्सने येथे पाठवा

Pharmacovigilance Programme of India
National Coordination Centre,
Indian Pharmacopoeia Commission,
Ministry of Health & Family Welfare, Govt. of India
Sector-23,Rajnagar,Ghaziabad-201002.Uttar Pradesh
Tel.:0120-2783400, 2783401, 2783392
FAX: 0120-2783311
Email: pvpi.compat@gmail.com
For more information visit us at www.ipc.gov.in



Call us on Helpline/ हेलपलाईनवर आम्हाला कॉल करा

1800-180-3024 (Toll Free/

(टोल फ्री)

(9:00 AM to 5:30 PM, weekdays/ स. 9:00 ते
संध्या. 5:30, आठवड्याच्या दिवशी)

Confidentiality: The patient's identity is held in strict confidence and protected to the fullest extent. Programme staff is not expected to and will not disclose the reporter's identity in response to a request from the public.

गोपनीयता: रुग्णाची ओळख गोपनीय ठेवली जाते व तिचे अधिकतम रक्षण केले जाते. कार्यक्रमाच्या कर्मचाऱ्यांनी लोकांच्या विनंतीवरून खबर देणाऱ्या व्यक्तीची ओळख उघड करणे अपेक्षित नाही व ते तसे करणार नाहीत.

Instructions to Complete the Reporting Form रिपोर्ट करण्याचं प्रिपत्र भरण्यासाठी सूचना

Section 1 - Patient Details

- ✓ In patient Initial, write first letter of the name and first letter of the surname (e.g. Pradeep Sharma-PS).
- ✓ Provide personal information (Gender, Age).

Section -2 Health Information

- ✓ Provide reason(s) for taking medicines and medicines advised by (Doctor, Pharmacists, Friends/ Relatives and Self).

Section 3 - Details of Person Reporting the Side Effect

- ✓ Provide the name (optional), address; telephone no. and email are necessary to assess the report.

Section 4 - Details of the Medicines Taking/Taken

- ✓ Give all details about the Medicines (Name of Medicines, Quantity of Medicines taken, Expiry Date, start and stop date of Medicines) that have caused side effect.
- ✓ Please provide Dosage form (Tablets, Capsule, injections, Oral liquid) and if others please specify.

Section 5 - About the Side Effect

- ✓ Provide side effect start and stop dates and also specify whether the side effect is still continuing.

Section 6 - How bad was the Side Effect

- ✓ Please tick marks the appropriate boxes that apply.

Section 7- Describe the Side Effect

- ✓ Please describe the details of side effect and what treatment was taken to manage the side effect.

भाग 1 – रुग्णाची माहिती

- ✓ रुग्णाच्या आद्याक्षरांमध्ये नावाचे पहिले अक्षर व आडनावाचे पहिले अक्षर लिहा (उदा. प्रदीप शर्मा- प्रश).
✓ व्यक्तीगत माहिती द्या (लिंग, वय).

भाग -2 आरोग्यविषयक माहिती

- ✓ औषधे घेण्याचे कारण(णे) आणि ते कोणी सुचविले ते लिहा (डॉक्टर, औषधतज्ञ, मित्र/नातेवाईक आणि स्वतः).

भाग 3 – दुष्परिणाम कळविणाऱ्या व्यक्तीची माहिती

- ✓ रिपोर्ट पडताळण्यासाठी तुमचा जिव (ऐच्छिक), पत्ता द्या; दूरध्वनी क्र. व ईमेल कळविणे आवश्यक आहे..

भाग 4 – घेतलेल्या/घेतलेल्या औषधाची माहिती

- ✓ ज्यामुळे दुष्परिणाम झाला त्या औषधांची सर्व माहिती द्या (औषधांचे नाव, औषधांचे घेतलेले प्रमाण, मुदतसमाप्ती दिनांक, औषधे सुरु केल्याचा व बंद केल्याचा दिनांक).
- ✓ कृपया डोसचे स्वरूप द्या (गोळ्या, कॅप्सूल, इंजेक्शन, मौखिक द्रव) आणि इतर काही असल्यास कृपया स्पष्ट करा.

भाग 5 – दुष्परिणामाची माहिती

- ✓ दुष्परिणाम सुरु होण्याचा व थांबण्याचा दिनांक, तसेच अजून तो दुष्परिणाम सुरु आहे का, हे स्पष्ट करा.

भाग 6 – दुष्परिणाम किती वाईट होता

- ✓ कृपया लागू असलेल्या चौकट्यांमध्ये खूण करा.

भाग 7- दुष्परिणामाचे वर्णन करा

- ✓ कृपया दुष्परिणामाची माहिती आणि त्या दुष्परिणामाचे व्यवस्थापन करण्यासाठी कोणते उपचार घेतले त्याचे वर्णन करा.

Thank you for taking the time to complete this form

ह प्रिपत्र भरण्यासाठी व दिल्याबद्दल तुमचा आभार