

REPORTER INFORMATION (संवादाता की जानकारी)

Name/Initials (नाम/प्रथमाक्षर) * _____

Age or Date of Birth *Age (आयु या जन्मतिथि *आयु) _____ or (या) MM/DD/YYYY
(दिन/महीना/साल)

Gender (लिंग) * _____

- Male (पुरुष)
 Female (स्त्री)
 Others (अन्य)

Contact No. (संपर्क सं.) * +91 _____ Email ID (ईमेल आईडी): _____

Reporting for/by (के लिए/द्वारा सूचना देने के लिए)*

Self@Physician/Prescriber@Others@ (स्व@चिकित्सक/नुस्खा लिखने वाले@अन्य@)

Country of Incidence (घटना का देश): INDIA (भारत)**SUSPECTED ADVERSE REACTION (संदिग्ध प्रतिकूल प्रतिक्रिया)**

Event Term (घटना का नाम) (Eg: Headache, Vomiting etc) (उदाहरण: सिरदर्द, उल्टी आदि)

* _____

Event Reaction Start Date (घटना प्रतिक्रिया प्रारंभ तिथि): _____ MM/DD/YYYY (दिन/महीना/साल)

—

Event Reaction Stop Date(घटना प्रतिक्रिया बंद होने की तिथि): _____ MM/DD/YYYY

(दिन/महीना/साल) _____

Onset Duration Time (शुरुआत अवधि समय): घंटा:मिनट

Seriousness of the reaction (प्रतिक्रिया की गंभीरता): No@ (नहीं@) or (या) Yes@ (हाँ@)

Describe Event/Reaction with treatment details, if any (उपचार विवरण के साथ घटना/प्रतिक्रिया का वर्णन करें, यदि कोई हो)

Outcomes (निष्कर्ष)

Unknown

- Recovered (ठीक हो गया)
 Recovering (ठीक हो रहा है)
 Not Recovered (ठीक नहीं हुआ)
 Fatal (मृत्यु)
 Recovered with sequelae (बीमारी ठीक हो जाने के बाद पुनरारंभ)
 Unknown (अज्ञात)

Additional Supporting documents (अतिरिक्त सहायक दस्तावेज)**ACTION TAKEN (की गई कार्रवाई)**

Name (Brand/Generic) (नाम (ब्रांड/सामान्य नाम): _____

Event Relatedness to drug (दवा से संबंधित घटना)

Drug withdrawn (दवा बंद कर दी गई)Ⓞ: Dose increased (खुराक बढ़ा दी गई)Ⓞ; Dose reduced(खुराक घटा दी गई)Ⓞ: Dose not changed(खुराक में बदलाव नहीं)Ⓞ; Not applicable (लागू नहीं)Ⓞ Unknown (अज्ञात)Ⓞ

Add Drugs (दवा जोड़ें)

Did Reaction abate after stopping drug? (क्या दवा बंद करने के बाद प्रतिक्रिया बंद हो गई?)

No (नहीं)Ⓞ Yes (हाँ)Ⓞ Effect Unknown (प्रभाव अज्ञात)

Did Reaction reappear after Reintroduction? (क्या पुनरारंभ के बाद प्रतिक्रिया फिर से प्रकट हुई?)

No (नहीं)Ⓞ Yes (हाँ)Ⓞ Effect Unknown (प्रभाव अज्ञात)

SUSPECT MEDICATION (S) (संदिग्ध दवा (यें))

Name (Brand/Generic) (नाम (ब्रांड/सामान्य नाम)) _____

Dose used (प्रयुक्त खुराक): _____

Route used (उपयोग का मार्ग): _____

Daily Dose (s) (दैनिक खुराक): _____

Therapy Start Date (चिकित्सा प्रारंभ होने की तिथि): _____ MM/DD/YYYY (दिन/महीना/साल)

Therapy End Date(चिकित्सा बंद होने की तिथि): _____ MM/DD/YYYY (दिन/महीना/साल)

Indication (संकेत): _____

Relevant Medical History/Lab Tests (प्रासंगिक चिकित्सा इतिहास / प्रयोगशाला जाँच)

Additional Supporting documents (अतिरिक्त सहायक दस्तावेज)

Submit (जमा करें)

Ⓞ: Radio button (रेडियो बटन)



If you would like to send us information via e-mail, Please download the ADR form below and mail it to Pharmacovigilance@shilpamedicare.com (यदि आप हमें -ईमेल के माध्यम से जानकारी भेजना चाहते हैं, तो कृपया नीचे

दिए गए एडीआर फॉर्म को डाउनलोड करें और इसे Pharmacovigilance@shilpamedicare.com पर भेजें) ।

Download adverse event reporting form (प्रतिकूल घटना रिपोर्टिंग फॉर्म डाउनलोड करें)