प्रतिकूल घटना रिपोर्टिंग

(गोपनीय)

ipca

A. रोगी की जानकारी

1. रोगी के प्रारंभाक्षर: ☐☐☐
2. देश : _____

3. लिंग : ☐ परुष ☐ स्त्री
4. घटना के समय आयु : ☐☐ **वर्ष** **अथवा**
5. जन्म तिथि ☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy

6. वजन: ☐☐☐ Kg

B. प्रतिकूल घटना

1. क्या आप प्रतिकूल घटना को गंभीर मानते हैं? ☐ हाँ ☐ नहीं
2. यदि हाँ, तो कृपया बताएं कि प्रतिकूल घटना को गंभीर क्यों माना जाता है: (लागू होने वाले सभी विकल्प चुनें)

   मृत्यु ☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy ☐ अक्षमता या स्थायी क्षति ☐ जीवन के लिए खतरा ☐ जन्मजात विकृति/जन्म दोष

   ☐ अस्पताल में भर्ती - प्रारंभिक या दीर्घकालिक ☐ अन्य महत्वपूर्ण चिकित्सा घटनाएँ

   यदि रोगी की मृत्यु हो गई, तो मृत्यु का कारण और शव-परीक्षा के निष्कर्ष: _____

   _____

   _____

   (कृपया आवश्यकतानुसार शव-परीक्षण रिपोर्ट और अस्पताल से छुट्टी सारांश संलग्न करें।)
3. यदि प्रतिकूल घटना गंभीर नहीं है, तो प्रतिकूल प्रतिक्रिया की तीव्रता इंगित करें:दें: ☐ हल्का ☐ मध्यम ☐ गंभीर
4. घटना की शुरुआत की तिथि: ☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy
   समय (यदि उपलब्ध हो): ☐☐ : ☐☐ (hh/mm)
5. यदि घटना रुकी, तो तिथि: ☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy
   समय (यदि उपलब्ध हो): ☐☐ : ☐☐ (hh/mm)
6. आरंभिक विलंब समय (यदि उपलब्ध हो): _____
7. घटना का वर्णन करें: (प्रतिक्रिया का पूरा विवरण, जिसमें शरीर का स्थान और गंभीरता के साथ-साथ लक्षणों और संकेतों का वर्णन शामिल है। जब भी संभव हो, प्रतिक्रिया के लिए एक विशिष्ट निदान का वर्णन करें): _____

   _____

   _____
8. रिकवरी और किसी भी परिणाम या प्रभाव की जानकारी: सुधार हुआ ☐ सुधार हो रहा है ☐ परिणामों के साथ सुधार हुआ ☐

   सुधार नहीं हुआ ☐ घातक ☐ अज्ञात ☐

   अन्य_____
9. जहाँ घटना घटी :

   अस्पताल ☐ आउट-पेशंट ☐ घर ☐ नर्सिंग होम ☐
10. प्रासंगिक परीक्षण/प्रयोगशाला डेटा, दिनांक सहित:__

    _____
11. अन्य संबंधित इतिहास, जिसमें पूर्व-मौजूदा चिकित्सा स्थितियाँ शामिल हैं: (जैसे एलर्जी, जाति, गर्भावस्था, धूम्रपान और शराब का सेवन, यकृत/गुर्दा विकार आदि)।

    _____

    _____

12. प्रतिकूल घटना का उपचार:

_____

_____

C. संदिग्ध दवा(एँ):

1. सामान्य नाम	ब्रांड नाम	खुराक रूप और लेबल शक्ति	लॉट नंबर/बैच नंबर	समाप्ति तिथि	निर्माता
# 1					
# 2					
# 3					
# 4					

7. प्रतिदिन खुराक (इकाइयों का चयन करें) (mg, ml, mg/kg)	8. आवृत्ति	9. प्रशासन का मार्ग	10. संदिग्ध दवाओं के उपयोग के लिए संकेत	11. उपचार तिथियाँ (यदि अज्ञात हो, तो अवधि दें) शुरुआत समाप्ति
# 1				☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy उपचार अवधि: _____ (दिन)
# 2				☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy उपचार अवधि: _____ (दिन)
# 3				☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy उपचार अवधि: _____ (दिन)
# 4				☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy उपचार अवधि: _____ (दिन)

13. इवेंट उपयोग रोकने या खुराक घटाने के बाद समाप्त हो

1 हाँ ☐ नहीं ☐ प्रासंगिक नहीं है ☐

2 हाँ ☐ नहीं ☐ प्रासंगिक नहीं है ☐

14. घटना पुनः शुरू करने के बाद फिर से उत्पन्न हुई :

हाँ ☐ नहीं ☐ प्रासंगिक नहीं है ☐

हाँ ☐ नहीं ☐ प्रासंगिक नहीं है ☐

15. दवा के साथ प्रतिकूल घटना का संबंध: (कृपया उचित बॉक्स में टिक करें) : संबंधित ☐ असंबंधित ☐

16. साथ में उपयोग किए गए चिकित्सा उत्पाद और उपचार की तिथियाँ, जिसमें स्व-उपचार और हर्बल उपचार शामिल हैं:
(उन उत्पादों को छोड़कर जो घटना का इलाज करने के लिए उपयोग किए गए हैं) :

सामान्य नाम	खुराक रूप और लेबल शक्ति	दैनिक खुराक (इकाइयों का चयन करें - जैसे मि.ग्रा., मि.ली., मि.ग्रा./किग्रा.)	प्रशासन का मार्ग	दवा के उपयोग के लिए संकेत	प्रारंभिक तिथि	समाप्ति तिथि
# 1					☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy	☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy
# 2					☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy	☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy
# 3					☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy	☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy
# 4					☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy	☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy

D. संचारक

1. नाम और पता : _____

_____

_____

टेलीफोन नं. (एसटीडी कोड सहित) : _____

2. इस रिपोर्ट की तिथि : ☐☐☐☐☐☐☐☐ dd/mm/yyyy 3. स्वास्थ्य पेशेवर? हाँ ☐ नहीं ☐ 4. व्यवसाय :_____

5. इसकी सूचना भी दी गई : नियामक प्राधिकारी ☐ वितरक ☐ कोई और नहीं 6. रिपोर्ट प्रकार : प्रारंभि ☐ पालन करें ☐

हस्ताक्षर_____

कृपया यह फॉर्म यहां भेजें:

कॉर्पोरेट फार्माकोविजिलेंस सेल
इप्का लैबोरेटरीज लिमिटेड.
142-एबी, कांदिवली इंडस्ट्रियल एस्टेट, कांदिवली (पश्चिम), मुंबई 400 067, भारत
Mob:+91 2266474105,
E-mail: pharmacovigilance.mumbai@ipca.com

यदि कोई अतिरिक्त डेटा हो तो इस फॉर्म के साथ संलग्न करें