



MICRO LABS
LIMITED

MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

ঔষধৰ পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ প্ৰতিবেদন প্ৰপত্ৰ (গ্ৰাহকৰ বাবে)

31, Race Course Road, Bengaluru - 560 001, India

মাইক্ৰ লেবছ লিমিটেড, 31, ৰেচ কোৰ্চ ৰোড, বাংগালুৰু 560001, ভাৰত

Version 1.0

সংস্কৰণ ১.০

The data provided by you shall be used by the company or its affiliates or service provider to evaluate the safety of our product and may be shared with relevant regulatory bodies. You may withdraw your consent anytime, if you wish to

আপুনি প্ৰদান কৰা তথ্যসমূহ কোম্পানী বা ইয়াৰ সংযুক্ত প্ৰতিষ্ঠান বা সেৱা প্ৰদানকাৰীয়ে ব্যৱহাৰ কৰিব লাগিব আমাৰ পণ্যৰ সুৰক্ষাৰ মূল্যায়ন কৰা আৰু প্ৰাসংগিক নিয়ন্ত্ৰণ সংস্থাসমূহৰ সৈতে ভাগ-বতৰা কৰিব পাৰিব। আপুনি আপুনি ইচ্ছা কৰিলে যিকোনো সময়তে আপোনাৰ সন্মতি প্ৰত্যাহাৰ কৰিব পাৰে।

☐ I agree and authorized the company or its affiliates or service provider to use the data provided by me to evaluate the safety of their product. I understand that I can withdraw my consent anytime, if I wish to.

☐ মই কোম্পানী বা ইয়াৰ সংযুক্ত প্ৰতিষ্ঠান বা সেৱা প্ৰদানকাৰীক তেওঁলোকৰ সামগ্ৰীৰ সুৰক্ষাৰ মূল্যায়নৰ বাবে মোৰ দ্বাৰা প্ৰদান কৰা তথ্য ব্যৱহাৰ কৰিবলৈ সন্মত আৰু অনুমোদন দিছো। মই বুজি পাওঁ যে মই যিকোনো সময়তে, ইচ্ছা কৰিলে মোৰ সন্মতি প্ৰত্যাহাৰ কৰিব পাৰোঁ।

1. Patient Details/ৰোগীৰ বিৱৰণ				
Patient Initials:	Gender (v) লিংগ(v): Male/পুৰুষ ☐ Female/মহিলা ☐ Other /অন্য ☐		Age (Year or Month) : বয়স (বছৰ বা মাহ):	
2. Health Information/স্বাস্থ্য তথ্য				
a. Reason(s) for taking medicine(s) (Disease/Symptoms)/ঔষধ (সমূহ) সেৱন কৰাৰ কাৰণ (বোৰ) (ৰোগ/লক্ষণসমূহ):				
b. Medicines Advised by (v)/ঔষধৰ পৰামৰ্শ দিয়া (v): Doctor/চিকিৎসক ☐ Pharmacist/ফাৰ্মাচিষ্ট ☐ Friends/Relatives/বন্ধু/আত্মীয় ☐ Self (Past disease experienced/No past disease experienced) নিজে (পূৰ্ব ৰোগ অভিজ্ঞতা/কোনোপূৰ্ব ৰোগ অভিজ্ঞতা নাই) ☐				
3. Details of Person Reporting the Side Effect/পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ প্ৰতিবেদন কৰা ব্যক্তিৰ বিৱৰণ				
Name (Optional)/নাম (যদিহে জনাব বিচাৰে):				
Address/ঠিকনা:				
Telephone No./টেলিফোন নম্বৰ:		Email/ইমেইল:		
4. Details of Medicine Taking/Taken/খাই থকা/খোৱা ঔষধৰ বিৱৰণ				
Name of Medicines ঔষধৰ নাম	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day) খোৱা ঔষধৰ পৰিমাণ (যেনে ২৫০ মিলিগ্ৰাম, দিনে দুবাৰ)	Expiry Date of Medicines ঔষধৰ ম্যাদ উকলি যোৱা তাৰিখ	Date of Start of Medicines ঔষধ আৰম্ভ কৰা তাৰিখ	Date of Stop of Medicines ঔষধ বন্ধ কৰা তাৰিখ
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
Dosage form (v)/পালিৰ ৰূপ (v): Tablet/টেবলেট ☐ Capsule/কেপচুল ☐ Injection/ইনজেকচন ☐ Oral Liquids ☐ If Others (Please Specify)...../মুখেৰে খোৱা জুলীয়া দ্ৰৱ্য যদিহে অন্য (অনুগ্ৰহ কৰি উল্লেখ কৰক.....)				
5. About the Side Effect/পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বিষয়ে				
When did the side effect start?/পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ কেতিয়া আৰম্ভ হৈছিল? Side Effect is still Continuing (Yes/No): ☐				
When did the side effect stop?/পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ কেতিয়া বন্ধ হৈছিল? পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ এতিয়াও চলি আছে নে (হয়/নহয়): ☐				
6. How bad was the Side Effect? (Please v the boxes that Apply)/পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ কি ধৰণৰ আছিল? (অনুগ্ৰহ কৰি প্ৰযোজ্য বাক্যটোত v কৰক)				
☐ Did not affect daily activities/দৈনন্দিন গতিবিধিক প্ৰভাৱিত কৰা নাছিল		☐ Affect daily activities/দৈনন্দিন গতিবিধিক প্ৰভাৱিত কৰিছিল		
☐ Admitted to hospital/চিকিৎসালয়ত ভৰ্তি হৈছিল		☐ Death/মৃত্যু		
☐ Others/অন্য				
7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বৰ্ণনা কৰক (আপুনি পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ পৰিত্ৰাণৰ বাবে কি কৰিছিল)?				

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 প্ৰতিবেদন স্বৈচ্ছামূলক, ইয়াৰ কোনো আইনী প্ৰভাৱ নাই আৰু ইয়াৰ লক্ষ্য হৈছে ৰোগীৰ সুৰক্ষা উন্নত কৰা। আপোনাৰ সক্ৰিয় অংশগ্ৰহণ মূল্যবান। অধিক তথ্যৰ বাবে কোম্পানীটোৰ বিষয়াসকলে আপোনাৰ সৈতে যোগাযোগ কৰিলে সহযোগিতা কৰিবলৈ অনুৰোধ জনোৱা হৈছে। আপোনাৰ হাতত সকলো তথ্য নাথাকিলেও ৰিপৰ্ট কৰক।

Please turn the page to read the instructions
অনুগ্ৰহ কৰি নিৰ্দেশসমূহ পঢ়িবৰ বাবে পৃষ্ঠাটো লুটিয়াওক



MICRO LABS LIMITED

31, Race Course Road,
Bengaluru-560 001, India
E-mail : drugsafety@microlabs.in
www.microlabsltd.com

মাইক্ৰ লেবছ লিমিটেড, 31, ৰেচ কোৰ্চ ৰোড,
বাংগালুৰু 560001, ভাৰত



Call us

080-22343023

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.

গোপনীয়তা: ৰোগীৰ পৰিচয় কঠোৰ গোপনীয়তাত ৰখা হয় আৰু সম্পূৰ্ণৰূপে সুৰক্ষিত কৰা হয়। জনসাধাৰণৰ অনুৰোধৰ প্ৰতি সঁহাৰি জনাই কোম্পানীটোৰ কৰ্মচাৰীয়ে সাংবাদিকজনৰ পৰিচয় প্ৰকাশ কৰাৰ আশা কৰা হোৱা নাই আৰু প্ৰকাশ নকৰিবও।

Instructions to Complete the Reporting Form

প্ৰতিবেদন প্ৰপত্ৰ পূৰণ কৰাৰ নিৰ্দেশাবলী

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.

বিভাগ ১ - ৰোগীৰ বিৱৰণ

- ✓ ৰোগীৰ নামত, নামৰ প্ৰথম আখৰ আৰু উপাধিৰ প্ৰথম আখৰ লিখি (শৰ্মা-পিএচ)।
- ✓ ব্যক্তিগত তথ্য প্ৰদান কৰিব (লিংগ, বয়স)।

বিভাগ ২ - স্বাস্থ্য তথ্য

- ✓ ঔষধসমূহ খোৱাৰ কাৰণ(সমূহ) আৰু ঔষধৰ পৰামৰ্শ দিয়া ব্যক্তি (চিকিৎসক, ফাৰ্মাচিষ্ট, বন্ধু/আত্মীয় আৰু নিজে)ৰ বিষয়ে কওঁক।

বিভাগ ৩ - পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ প্ৰতিবেদন কৰা ব্যক্তিৰ বিৱৰণ

- ✓ প্ৰতিবেদনৰ মূল্যায়ন কৰিবৰ বাবে প্ৰয়োজনীয় নাম (বৈকল্পিক), ঠিকনা;টেলিফোন নম্বৰ আৰু ইমেইল প্ৰদান কৰক।

বিভাগ ৪ - থাই থকা/খোৱা ঔষধৰ বিৱৰণ.

- ✓ পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ সৃষ্টি কৰা ঔষধৰ বিষয়ে সকলোবোৰ বিৱৰণ প্ৰদান কৰক (ঔষধৰ নাম, খোৱা ঔষধৰ পৰিমাণ, ম্যাদ উকলি যোৱা তাৰিখ, ঔষধ আৰম্ভ কৰা আৰু বন্ধ কৰা তাৰিখ)
- ✓ অনুগ্ৰহ কৰি পালিৰ ৰূপ লিখিব (টেবলেট, কেপচুল, ইনজেকচন, মুখেৰে খোৱা জুলীয়া দ্ৰব্য) আৰু যদিহে অন্যান্য তেলে অনুগ্ৰহ কৰি উল্লেখ কৰক।

বিভাগ ৫ - পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বিষয়ে

- ✓ পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ আৰম্ভ হোৱা আৰু বন্ধ হোৱা তাৰিখ জনাব লগতে পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ এতিয়াও চলি আছে নেকি সেয়াও জনাব।

বিভাগ ৬ - পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ কিমান বিৰূপ আছিল

- ✓ অনুগ্ৰহ কৰি প্ৰযোজ্য বাকচসমূহত টিক চিন দিব।

বিভাগ ৭ - পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বৰ্ণনা কৰক

- ✓ অনুগ্ৰহ কৰি পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বৰ্ণনা কৰক আৰু পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ পৰিৱৰ্তনৰ বাবে কি চিকিৎসা লৈছিল তাৰ বৰ্ণনা কৰক।

Thank you for taking the time to complete this form

এই প্ৰপত্ৰ পূৰণ কৰিবলৈ সময় দিয়াৰ বাবে ধন্যবাদ।