



MICRO LABS
LIMITED

MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

ওষুধের পার্শ্ব ক্রিয়া রিপোর্টিং ফর্ম (উপোভোক্তার জন্য)

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

মাইক্রো ল্যাবস লিমিটেড, 31, রেসকোর্স রোড, ব্যাঙ্গালোর 560 001, ভারত

Version 1.0

সংস্করণ 1.0

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

আপনার দ্বারা প্রদত্ত ডেটা আমাদের পণ্যের নিরাপত্তা মূল্যায়নের জন্য কোম্পানি বা তার সহযোগী বা পরিষেবা প্রদানকারী দ্বারা ব্যবহার করা হবে এবং প্রাসঙ্গিক নিয়ন্ত্রক সংস্থাগুলির সাথে ভাগ করা হতে পারে। আপনি যদি চান, তাহলে যে কোনো সময় আপনার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারেন।

☐ 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.

☐ আমি সম্মত এবং কোম্পানি বা এর সহযোগী সংস্থা বা পরিষেবা প্রদানকারীকে তাদের পণ্যের নিরাপত্তা মূল্যায়নের জন্য আমার দ্বারা প্রদত্ত ডেটা ব্যবহার করার জন্য অনুমোদিত করছি। আমি বুঝতে পারি যে আমি চাইলে যেকোনো সময় আমার সম্মতি প্রত্যাহার করতে পারি।

1. Patient Details/ রোগীর বিবরণ

Patient Initials/ রোগীর আদ্যক্ষর: Gender/ লিঙ্গ (v): Male/ পুরুষ ☐ Female/ মহিলা ☐ Age (Year or Month)/ বয়স (বছর বা মাস): Other/ অন্যান্য

2. Health Information/ স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য

a. Reason(s) for taking medicine(s) (Disease/Symptoms)/ ওষুধ নেওয়ার কারণ (গুলি) (রোগ/উপসর্গ):

b. Medicines Advised by/ ওষুধের পরামর্শদাতা (v): Doctor/ ডাক্তার ☐ Pharmacist/ ফার্মাসিস্ট ☐ Friends/Relatives/ বন্ধু/আত্মীয় ☐ Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ (বিগত রোগের অভিজ্ঞতা/বিগত রোগের কোনো অভিজ্ঞতা নেই) ☐

3. Details of Person Reporting the Side Effect/ পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া প্রতিবেদনকার্তা.

Name (Optional)/ নাম (ঐচ্ছিক):

Address/ ঠিকানা:

Telephone No/ টেলিফোন নং:

Email/ ইমেল:

4. Details of Medicine Taking/Taken/ নেওয়া/নিচ্ছেন ওষুধের বিবরণ

Name of Medicines/ ওষুধের নাম	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ নেওয়া ওষুধের পরিমাণ (যেমন 250 মিলিগ্রাম, দিনে দুই বার)	Expiry Date of Medicines/ ওষুধের মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ	Date of Start of Medicines/ ওষুধ নেওয়া শুরু করার তারিখ	Date of Stop of Medicines/ ওষুধ নেওয়া বন্ধ করার তারিখ
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy

Dosage form/ প্রকার (v): Tablet/ ট্যাবলেট ☐ Capsule/ ক্যাপসুল ☐ Injection/ ইনজেকশন ☐ Oral Liquids/ মৌখিক তরল ☐ If Others (Please Specify.....)/ অন্যথায় কিছু থাকে (দয়া করে উল্লেখ করুন.....)

5. About the Side Effect/ পার্শ্বক্রিয়ার সম্বন্ধে

When did the side effect start?/ পার্শ্বক্রিয়া কখন থেকে শুরু হয়? dd/mm/yy Side Effect is still Continuing (Yes/No)/ পার্শ্বক্রিয়া অব্যাহত রয়েছে (হ্যাঁ/না): dd/mm/yy

When did the side effect stop?/ পার্শ্বক্রিয়া কবে থেকে বন্ধ হয়েছে? dd/mm/yy

6. How bad was the Side Effect? (Please v the boxes that Apply)/ পার্শ্ব ক্রিয়া কতটা খারাপ ছিল? (প্রযোজ্য বাক্সে v প্রয়োগ করুন)

☐ Did not affect daily activities/ দৈনন্দিন কাজকর্ম কে প্রভাবিত করে নি	☐ Affect daily activities/ দৈনন্দিন কাজকর্ম কে ব্যাহত করে
☐ Admitted to hospital/ হাসপাতালে ভর্তি করা হয়	☐ Death/ মৃত্যু
☐ Others/ অন্যান্য	

7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ পার্শ্বক্রিয়া বর্ণনা করুন (পার্শ্বক্রিয়া কে সামলানোর জন্য আপনাকে কি করতে হয়েছে?)

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 রিপোর্টিং স্বৈচ্ছাসেবী, কোন আইনি প্রভাব নেই এবং রোগীর নিরাপত্তা উন্নত করার লক্ষ্য। আপনার সক্রিয় অংশগ্রহণ মূল্যবান। কোম্পানির কর্মকর্তারা যখন আরো বিস্তারিত জানার জন্য আপনার সাথে যোগাযোগ করবেন তখন আপনাকে সহযোগিতা করার জন্য অনুরোধ করা হচ্ছে। আপনার কাছে সমস্ত তথ্য না থাকলেও অনুগ্রহ করে রিপোর্ট করুন।

Send your report by mail or Fax to/ আপনার রিপোর্ট মেইল বা ফোন দ্বারা পাঠান কে পূর্ণ পরিমাণে



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

মাইক্রো ল্যাবস লিমিটেড, 31, রেসকোর্স রোড,
ব্যাঙ্গালোর 560 001, ভারত



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: রোগীর পরিচয় কঠোর আত্মবিশ্বাসে রাখা হয় এবং সম্পূর্ণরূপে সুরক্ষিত থাকে। কোম্পানির কর্মীরা জনগণের অনুরোধের জবাবে প্রতিবেদকের পরিচয় প্রকাশ করবে না এবং তাদের তা করার কোনো প্রত্যাশা নেই।

Instructions to Complete the Reporting Form ফর্ম পূরণ করার জন্য নির্দেশাবলী

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.

অনুচ্ছেদ 1 - রোগীর বিবরণ

- ✓ রোগীর আদ্যক্ষর, নাম ও পদবীর প্রথম অক্ষর লিখুন (যেমন প্রদীপ শর্মা-পশ)।
- ✓ বাক্যগত তথ্য (লিঙ্গ, বয়স) লিখুন।

অনুচ্ছেদ -2 স্বাস্থ্য সম্বন্ধে তথ্য

- ✓ (ডাক্তার, ফার্মাসিস্ট, বন্ধু/আত্মীয় এবং স্বয়ং দ্বারা পরামর্শ দেওয়া ওষুধের এবং ওষুধ গ্রহণ করার কারণ (গুলি) দিন।

অনুচ্ছেদ 3 - পার্শ্বক্রিয়া প্রতিবেদনকারীর বিবরণ

- ✓ রিপোর্ট মূল্যায়নের জন্য নাম (ঐচ্ছিক), ঠিকানা, টেলিফোন নং, ও ইমেল প্রদান করার প্রয়োজন।

অনুচ্ছেদ 4 - নেওয়া/নিচ্ছেন এমন ওষুধের বিবরণ

- ✓ পার্শ্বক্রিয়া সৃষ্টিকারী ওষুধের সম্পর্কে সমস্ত বিবরণ দিন (ও ওষুধের নাম, নেওয়া ওষুধের পরিমাণ, মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ, ওষুধ নেওয়া শুরু ও বন্ধ করার তারিখ)
- ✓ দয়া করে প্রকার উল্লেখ করুন (ট্যাবলেট, ক্যাপসুল, ইনজেকশন, মৌখিক তরল বা অন্য যদি কিছু থাকে।

অনুচ্ছেদ 5 - পার্শ্বক্রিয়া সম্পর্কে

- ✓ পার্শ্বক্রিয়া আরম্ভ এবং শেষ হওয়ার তারিখ এবং পার্শ্বক্রিয়া অব্যাহত আছে কিনা তার উল্লেখ করুন।

অনুচ্ছেদ 6 - পার্শ্বক্রিয়া কিভাবে (কতটা) খারাপ ছিল

- ✓ প্রযোজ্য বাক্যগুলিতে ✓ টিক চিহ্ন প্রয়োগ করুন)

অনুচ্ছেদ 7- পার্শ্বক্রিয়ার বর্ণনা করুন

- ✓ পার্শ্বক্রিয়া বিস্তারিত বর্ণনা দিন এবং সেজন্য কি চিকিৎসা করা হয় তার উল্লেখ করুন।

Thank you for taking the time to complete this form /

এই ফর্মটি পূরণের জন্য সময় দেওয়াতে আপনাকে ধন্যবাদ