



MICRO LABS
LIMITED

MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

Version 1.0

વર્ઝન 1.0

દવાઓની આડઅસરનું અહેવાલ ફોર્મ (ગ્રાહકો માટે)

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

માઇક્રો લેબ્સ લિમિટેડ, ૩૧, રેસ કોર્સ રોડ, બેંગલોર ૫૬૦ ૦૦૧, ભારત

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

તમારા દ્વારા પ્રદાન કરવામાં આવેલ ડેટાનો ઉપયોગ કંપની અથવા તેના આનુષંગિકો અથવા સેવા પ્રદાતા દ્વારા અમારા ઉત્પાદનની સલામતીનું મૂલ્યાંકન કરવા માટે કરવામાં આવશે અને તે સંબંધિત નિયમનકારી સંસ્થાઓ સાથે શેર કરવામાં આવશે. જો તમે ઇચ્છો તો તમે ગમે ત્યારે તમારી સંમતિ પાછી ખેંચી શકો છો

☐ 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.

☐ હું સંમત છું અને કંપની અથવા તેના આનુષંગિકો અથવા સેવા પ્રદાતાને તેમના ઉત્પાદનની સલામતીનું મૂલ્યાંકન કરવા માટે મારા દ્વારા પ્રદાન કરવામાં આવેલ ડેટાનો ઉપયોગ કરવા માટે અધિકૃત કરું છું. હું સમજું છું કે જો હું ઇચ્છું તો હું ગમે ત્યારે મારી સંમતિ પાછી ખેંચી શકું છું.

1. Patient Details/દર્દીની વિગત

Patient Initials/દર્દીના પ્રથમ અક્ષરો : Gender/ જાતિ (V): Male/ પુરુષ ☐ Female/ મહિલા ☐ Other/ અન્ય ☐ Age (Year or Month)/ ઉંમર (વર્ષ કે મહિના) :

2. Health Information/ આરોગ્યની માહિતી

a. Reason(s) for taking medicine(s) (Disease/Symptoms)/ દવા (દવાઓ) લેવા માટેનું કારણ(કારણો) (રોગ/લક્ષણો):

b. Medicines Advised by/ દવા લેવાની સલાહ આપનાર (V): Doctor/ ડૉક્ટર ☐ Pharmacist/ ફાર્માસિસ્ટ ☐ Friends/Relatives / મિત્રો/સંબંધી ☐ Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ પોતે (અગાઉ રોગનો અનુભવ/અગાઉ રોગનો અનુભવ નહીં) ☐

3. Details of Person Reporting the Side Effect/ આડઅસર જણાવતા હોય તે વ્યક્તિની વિગત

a. Name (Optional)/ નામ (વૈકલ્પિક):

b. Address/ સરનામું:

Telephone No./ ટેલીફોન નંબર:

Email/ ઇમેઇલ:

4. Details of Medicine Taking/Taken/ દવાઓ લેતા હો/લીધી હોય તેની વિગતો

Name of Medicines/ દવાઓનું નામ	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ લીધેલ દવાનું પ્રમાણ (દા. ત. 250 મિલીગ્રામ, દરરોજ બે વખત)	Expiry Date of Medicines દવાઓની એક્સપાયરી તારીખ	Date of Start of Medicines/ દવાઓ શરૂ કર્યાની તારીખ	Date of Stop of Medicines/ દવાઓ બંધ કર્યાની તારીખ
		dd/mm/yy	dd/mm/yy	dd/mm/yy
		dd/mm/yy	dd/mm/yy	dd/mm/yy
		dd/mm/yy	dd/mm/yy	dd/mm/yy

Dosage form/ દવાનું સ્વરૂપ (V): Tablet/ ગોળી ☐ Capsule/ કેપ્સ્યુલ ☐ Injection/ ઇન્જેક્શન ☐ Oral Liquids/ મુખ વાટે પ્રવાહી ☐

If Others (Please Specify...../ જો અન્ય (સ્પષ્ટ કરો.....)

5. About the Side Effect/ આડઅસર વિશે

When did the side effect start?/ આડઅસર ક્યારે શરૂ થઈ હતી?

dd/mm/yyyy

Side Effect is still Continuing (Yes/No)/ આડઅસર ચાલુ છે

dd/mm/yyyy

When did the side effect stop?/ આડઅસર ક્યારેય બંધ થઈ હતી?

dd/mm/yyyy

(હા/ના)

6. How bad was the Side Effect? (Please v the boxes that Apply)/ આડઅસર કેટલી ખરાબ હતી? (મહેરબાની કરીને લાગુ પડે તે બોક્સ પર v કરો)

☐ Did not affect daily activities/ રોજિંદી કામગીરી પર અસર કરતી નહોતી

☐ Affect daily activities/ રોજિંદી કામગીરીને અસર થઈ હતી

☐ Admitted to hospital/ હોસ્પિટલમાં દાખલ કર્યા હતા

☐ Death/ મૃત્યુ

☐ Others/ અન્ય

7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ આડઅસર જણાવો (આડઅસર નિવારવા તમે શું કર્યું હતું?)

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.

આ રિપોર્ટિંગ સ્વૈચ્છિક છે, તેનો કોઈ કાનૂની સૂચિતાર્થ નથી અને તેનો હેતુ દર્દીની સલામતીને સુધારવાનો છે. તમારી સક્રિય ભાગીદારી મૂલ્યવાન છે. જ્યારે કંપનીના અધિકારીઓ વધુ વિગતો માટે તમારો સંપર્ક કરે ત્યારે તમને સહકાર આપવા વિનંતી કરવામાં આવે છે. જો તમારી પાસે બધી માહિતી ન હોય તો પણ કૃપા કરીને જાણ કરો.



MICRO LABS LIMITED

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

માઇક્રો લેબ્સ લિમિટેડ, ૩૧, રેસ કોર્સ રોડ,
બેંગલોર ૫૬૦ ૦૦૧, ભારત



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.

ગોપનીયતા: દર્દીની ઓળખ સખત વિશ્વાસમાં રાખવામાં આવે છે અને સંપૂર્ણ હદ સુધી સુરક્ષિત છે. કંપનીના સ્ટાફને લોકોની વિનંતીના જવાબમાં રિપોર્ટરની ઓળખ જાહેર કરવાની અપેક્ષા નથી અને તે જાહેર કરશે નહીં.

Instructions to Complete the Reporting Form

રિપોર્ટિંગ ફોર્મ પૂર્ણ કરવાના સૂચનો

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 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 side effect.

વિભાગ ૧ - દર્દીની વિગત

- ✓ દર્દીના શરૂઆતના માહિતીમાં નામનો પ્રથમ અક્ષર અને અટકનો પ્રથમ અક્ષર લખો (દાખલા તરીકે, પ્રદીપ શર્મા-પીએસ).
- ✓ વ્યક્તિગત માહિતી આપો (જાતિ, ઉંમર).

વિભાગ -2 આરોગ્યની માહિતી

- ✓ દવાઓ લેવા માટેનું કારણ(કારણો) અને (ડોક્ટર, ફાર્માસિસ્ટ્સ, મિત્રો/સંબંધીઓ અને પોતે) દ્વારા સૂચિત દવાઓ જણાવો.

વિભાગ ૩ - આડઅસર વિશે જણાવતા હોય તે વ્યક્તિની વિગત

- ✓ રિપોર્ટની આકારણી કરવા જરૂરી નામ (વૈકલ્પિક), સરનામું; ટેલીફોન નંબર અને ઇમેઇલ આપો.

વિભાગ ૪ - લેવામાં આવતી/લીધેલી દવાની વિગત

- ✓ આડઅસર માટે કારણભૂત દવાઓ વિશેની તમામ વિગત આપો (દવાનું નામ, લીધેલ દવાનું પ્રમાણ, એક્સપાયરીની તારીખ, દવા લેવાની શરૂઆત કર્યાની બંધ કર્યાની તારીખ).
- ✓ મહેરબાની કરીને દવાના સ્વરૂપ વિશે જણાવો (ગોળી, કેપ્સ્યુલ, ઇન્જેક્શન્સ, મુખ વાટે લેવાતું પ્રવાહી) અને જો અન્ય કોઈ હોય તો સ્પષ્ટ કરો.

વિભાગ ૫ - આડઅસર વિશે

- ✓ આડઅસર શરૂ થવાની અને બંધ થવાની તારીખો જણાવો તેમજ આડઅસર ચાલુ છે કે કેમ તે પણ સ્પષ્ટ કરો.

વિભાગ ૬ - આડઅસર કેટલી ખરાબ હતી

- ✓ મહેરબાની કરીને લાગુ પડે તે યોગ્ય ખાનાઓમાં ટિક માર્ક કરો.

વિભાગ ૭- આડઅસરનું વર્ણન

- ✓ મહેરબાની કરીને આડઅસરની વિગતો અને તેને દૂર કરવા શું સારવાર લીધી છે તે જણાવો.

Thank you for taking the time to complete this form. આ ફોર્મ ભરવા માટે સમય ફાળવવા બદલ આપનો આભાર.