MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

Version 1.0
संस्करण 1.0

औषधि दुष्प्रभाव सूचना फॉर्म (उपभोक्ताओं के लिए)

MICRO LABS LIMITED

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

माइक्रो लैब्स लिमिटेड, 31, रेस कोर्स रोड, बैंगलोर 560 001, भारत

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

आपके द्वारा प्रदान किया गया डेटा कंपनी या उसके सहयोगियों या सेवा प्रदाता द्वारा हमारे उत्पाद की सुरक्षा का मूल्यांकन करने के लिए उपयोग किया जाएगा और प्रासंगिक नियामक निकायों के साथ साझा किया जा सकता है। यदि आप चाहें तो आप कभी भी अपनी सहमति वापस ले सकते हैं

☐ 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.

☐ मैं सहमत हूं और कंपनी या उसके सहयोगियों या सेवा प्रदाता को उनके उत्पाद की सुरक्षा का मूल्यांकन करने के लिए मेरे द्वारा प्रदान किए गए डेटा का उपयोग करने के लिए अधिकृत करता हूं। मैं समझता हूं कि अगर मैं चाहूं तो मैं कभी भी अपनी सहमति वापस ले सकता हूं।

1.Patient Details/ रोगी का विवरण

Patient Initials/ रोगी के आद्याक्षर:: ☐☐	Gender/ लिंग (√): Male/ पुरूष ☐ Female/ स्त्री ☐ Other/ अन्य ☐	Age (Year or Month)/ आयु (वर्ष या माह) :

2. Health Information/ स्वास्थ्य संबंधी जानकारी

a. Reason(s) for taking medicine(s)(Disease/Symptoms)/ दवा(दवाएं) लेने का कारण (रोग/लक्षण):

b. Medicines Advised by/ दवाई की सलाह देने वाला (√): Doctor/ डॉक्टर ☐ Pharmacist/ फॉर्मासिस्ट ☐ Friends/Relatives/ मित्र/रिश्तेदार ☐ Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ स्वयं (पूर्व बीमारी का अनुभव/पूर्व बीमारी का कोई अनुभव नहीं) ☐

3. Details of Person Reporting the Side Effect/ दुष्प्रभाव की सूचना देने वाले व्यक्ति का विवरण

Name (Optional)/ नाम (वैकल्पिक):

Address/ पता:

Telephone No/ टेलीफोन नं:	Email/ ईमेल:

4. Details of Medicine Taking/Taken/ ली जा रही है / ली जा चुकी दवाई का विवरण

Name of Medicines/ दवाइयों के नाम	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ ली गई दवाई की मात्रा (उदाहरण के लिए 250 मिग्रा, एक दिन में दो बार)	Expiry Date of Medicines/ दवा के निष्क्रिय होने की तिथि	Date of Start of Medicines/ दवाइयां आरंभ करने की तिथि	Date of Stop of Medicines/ दवाइयां रोकने की तिथि
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy

Dosage form/खुराक का स्वरूप (√) : Tablet/ गोली (टेबलेट) ☐ Capsule/ कैप्सूल ☐ Injection/ इंजेक्शन ☐ Oral Liquids/ मौखिक तरल ☐ If Others (Please Specify.....)/यदि अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें.....)

5. About the Side Effect/ दुष्प्रभाव के बारे में

When did the side effect start?/ दुष्प्रभाव की शुरूआत कब हुई थी? dd/mm/yy

Side Effect is still Continuing (Yes/No)/ क्या दुष्प्रभाव जारी हैं (हां/नहीं): dd/mm/yy

When did the side effect stop?/ दुष्प्रभाव कब समाप्त हुआ था? dd/mm/yy

6.How bad was the Side Effect? (Please √ the boxes that Apply)/ दुष्प्रभाव कितने हानिकाकर थे? (कृपया जो लागू हो, उस पर √ का निशान लगाएं)

☐ Did not affect daily activities/ दैनिक गतिविधियां प्रभावित नहीं हुई थी	☐ Affect daily activities/ दैनिक गतिविधियां प्रभावित हुई
☐ Admitted to hospital/ अस्पताल ले जाना पड़ा	☐ Death/ मृत्यु
☐ Others/ अन्य	

7.Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ दुष्प्रभाव की व्याख्या करें (आपने दुष्प्रभावों से छुटकारा प्राप्त करने के लिए क्या किया)?

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.

यह रिपोर्टिंग स्वैच्छिक है, इसका कोई कानूनी निहितार्थ नहीं है और इसका उद्देश्य रोगी सुरक्षा में सुधार करना है। आपकी सक्रिय भागीदारी बहुमूल्य है. आपसे अनुरोध है कि जब कंपनी के अधिकारी अधिक जानकारी के लिए आपसे संपर्क करें तो आप उनका सहयोग करें। यदि आपके पास सारी जानकारी नहीं है तो भी कृपया रिपोर्ट करें

Please turn the page to read the instructions
निर्देशों को पढ़ने के लिए कृपया पेज पलटें

Send your report by mail or Fax to/ मेल या फैक्स के द्वारा अपनी रिपोर्ट निम्न पते पर भेजें

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

माइक्रो लैब्स लिमिटेड, 31, रेस कोर्स रोड,
बैंगलोर 560 001, भारत

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.

गोपनीयता: रोगी की पहचान को पूरी तरह गोपनीय रखा जाता है और पूरी तरह सुरक्षित रखा जाता है। कंपनी के कर्मचारियों से यह अपेक्षा नहीं की जाती है कि वे जनता के अनुरोध के जवाब में रिपोर्टर की पहचान का खुलासा नहीं करेंगे।

Instructions to Complete the Reporting Form
सूचना फॉर्म को पूरा करने के लिए निर्देश

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.

निर्देश 1 – रोगी का विवरण

- ✓ रोगी के आद्याक्षर में, नाम का पहला अक्षर लिखें और उपनाम का प्रथम अक्षर लिखें (जैसे प्रदीप शर्मा–प्रश)।
- ✓ व्यक्तिगत जानकारी (लिंग, आयु) प्रदान करें।

निर्देश –2 स्वास्थ्य संबंधी जानकारी

- ✓ दवा लेने के कारण और परामर्शदाता का नाम दें (डॉक्टर, फार्मासिस्ट, मित्र/रिश्तेदार और स्वयं)।

निर्देश 3 – दुष्प्रभाव की रिपोर्ट करने वाले व्यक्ति का विवरण दें

- ✓ रिपोर्ट के मूल्यांकन हेतु नाम (वैकल्पिक), पता, टेलीफोन नं और ई–मेल उपलब्ध कराएं।

निर्देश 4 – ली जा रही है / ली जा चुकी दवाइयों का विवरण

- ✓ उन दवाइयों (दवाइयों का नाम, ली गई दवाइयां, निष्क्रिय होने की तिथि, दवाइयां शुरू करने एवं रोकने की तिथि) का विवरण दें जिनके कारण आपको दुष्प्रभाव हुआ है।
- ✓ खुराक का स्वरूप (गोली (टेबलेट), कैप्सूल, इंजेक्शन, मौखिक तरल (पीने वाली दवा) और यदि कोई अन्य हो तो निर्दिष्ट करें।

निर्देश 5 – दुष्प्रभाव के प्रभाव के बारे में

- ✓ दुष्प्रभाव आरंभ और समाप्त होने की तिथि बताएं और यह भी निर्दिष्ट करें कि क्या दुष्प्रभाव अभी भी जारी हैं।

निर्देश 6 – दुष्प्रभाव कितने हानिकाकर थे?

- ✓ कृपया उचित डब्बे पर निशान लगाएं।

निर्देश 7– दुष्प्रभाव की व्याख्या करें

- ✓ कृपया दुष्प्रभाव का विवरण और उस दुष्प्रभाव से छुटकारा पाने के लिए क्या उपचार किया गया, विवेचना करें।

इस फॉर्म को पूरा करने के लिए अपना समय देने हेतु आपका धन्यवाद।