



**MICRO LABS
LIMITED**

MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

Version 1.0

ಔಷಧಿಗಳ ಅಡ್ಡಪರಿಣಾಮದ ವರದಿಯ ಫಾರ್ಮ್ (ಗ್ರಾಹಕರಿಗೆ)

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

ಮೈಕ್ರೋ ಲ್ಯಾಬ್ಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್, 31, ರೇಸ್ ಕೋರ್ಸ್ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು 560 001, ಭಾರತ

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

ನೀವು ಒದಗಿಸಿದ ಡೇಟಾವನ್ನು ಕಂಪನಿ ಅಥವಾ ಅದರ ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಅಥವಾ ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರು ನಮ್ಮ ಉತ್ಪನ್ನದ ಸುರಕ್ಷತೆಯನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಲು ಬಳಸುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಸಂಬಂಧಿತ ನಿಯಂತ್ರಕ ಸಂಸ್ಥೆಗಳೊಂದಿಗೆ ಹಂಚಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ನೀವು ಬಯಸಿದರೆ, ನೀವು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನಿಮ್ಮ ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ಹಿಂಪಡೆಯಬಹುದು

☐ 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.

☐ ನಾನು ಒದಗಿಸಿದ ಡೇಟಾವನ್ನು ಬಳಸಿಕೊಂಡು ಅವರ ಉತ್ಪನ್ನದ ಸುರಕ್ಷತೆಯನ್ನು ಮೌಲ್ಯಮಾಪನ ಮಾಡಲು ಕಂಪನಿ ಅಥವಾ ಅದರ ಅಂಗಸಂಸ್ಥೆಗಳು ಅಥವಾ ಸೇವಾ ಪೂರೈಕೆದಾರರಿಗೆ ನಾನು ಸಮ್ಮತಿಸುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಅಧಿಕಾರ ನೀಡುತ್ತೇನೆ. ನಾನು ಬಯಸಿದರೆ, ನಾನು ಯಾವುದೇ ಸಮಯದಲ್ಲಿ ನನ್ನ ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ಹಿಂಪಡೆಯಬಹುದು ಎಂದು ನಾನು ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಂಡಿದ್ದೇನೆ.

1. Patient Details/ ರೋಗಿಯ ವಿವರ

Patient Initials/ ರೋಗಿಯ ವಿವರ: Gender/ ಲಿಂಗ (v): Male/ ಪುರುಷ ☐ Female/ ಸ್ತ್ರೀ ☐ Age (Year or Month)/ ವಯಸ್ಸು (ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಮಾಸ): Other/ ಇತರೆ

2. Health Information/ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ

a. Reason(s) for taking medicine(s)(Disease/Symptoms)/ ಔಷಧ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಇರುವ ಕಾರಣ (ಗಳು) (ರೋಗ/ಲಕ್ಷಣಗಳು):

b. Medicines Advised by/ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದವರು (v): Doctor/ವೈದ್ಯರು ☐ Pharmacist/ಔಷಧ ವ್ಯಾಪಾರಿ ☐ Friends/Relatives/ ಸ್ನೇಹಿತರು / ಸಂಬಂಧಿಗಳು ☐ Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ ಸ್ವತಃ (ಹಿಂದಿನ ರೋಗದ ಅನುಭವ / ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ರೋಗದ ಅನುಭವಿ ಅಲ್ಲ) ☐

3. Details of Person Reporting the Side Effect/ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಿವರಗಳು

Name (Optional)/ ಹೆಸರು (ಐಡ್ವಿಟಿ):

Address/ ವಿಳಾಸ:

Telephone No/ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:

Email/ ಇಮೇಲ್:

4. Details of Medicine Taking/Taken/ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ/ತೆಗೆದುಕೊಂಡ. ಔಷಧ ವಿವರಗಳು

Name of Medicines/ ಔಷಧಿಗಳ ಹೆಸರು	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಔಷಧಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ (ಉದಾ 250 ಮಿಗ್ರಾಂ, ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ)	Expiry Date of Medicines/ ಔಷಧಿಗಳ ಕೊನೆಯ ದಿನಾಂಕ	Date of Start of Medicines/ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಆರಂಭಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ	Date of Stop of Medicines/ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy

Dosage form/ ಡೋಸೇಜ್ ಫಾರ್ಮ್ (v) : Tablet/ಟ್ಯಾಬ್ಲೆಟ್ ☐ Capsule/ಕ್ಯಾಪ್ಸುಲ್ ☐ Injection/ಇಂಜೆಕ್ಷನ್ ☐ Oral Liquids/ ಬಾಯಿಯ ದ್ರವ ☐
If Others (Please Specify.....)/ ಇತರೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ (ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಚಿಸಿ.....)

5. About the Side Effect/ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮದ ಬಗ್ಗೆ

When did the side effect start?/ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಯಾವಾಗ ಆರಂಭವಾಯಿತು? dd/mm/yy Side Effect is still Continuing (Yes/No)/

When did the side effect stop?/ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಯಾವಾಗ ನಿಂತಿತು? dd/mm/yy ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಮುಂದುವರಿದಿದೆ (ಹೌದು/ಇಲ್ಲ) dd/mm/yy

6. How bad was the Side Effect? (Please v the boxes that Apply)/ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಎಷ್ಟು ಹಾನಿಕಾರಕವಾಗಿತ್ತು (ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು v ಎಂದು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ)

☐ Did not affect daily activities/ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಲಿಲ್ಲ ☐ Affect daily activities/ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ

☐ Admitted to hospital/ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದೆ

☐ Death/ ಮರಣ

☐ Others/ ಇತರೆ

7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ವಿವರಿಸಿ (ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ನೀವು ಏನು ಮಾಡಿದಿರಿ?)

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.

ಈ ವರದಿ ಮಾಡುವಿಕೆಯು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿದ್ದು, ಯಾವುದೇ ಕಾನೂನು ಪರಿಣಾಮ ಬೀರುವುದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಸುರಕ್ಷತೆಯನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಗುರಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿದೆ. ನಿಮ್ಮ ಸಕ್ರಿಯ ಭಾಗವಹಿಸುವಿಕೆ ಮೌಲ್ಯಯುತವಾಗಿದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ ಕಂಪನಿಯ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿದಾಗ ಅವರೊಂದಿಗೆ ಸಹಕರಿಸಲು ನಿಮ್ಮನ್ನು ವಿನಂತಿಸಲಾಗಿದೆ. ನಿಮ್ಮ ಬಳಿ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ದಯವಿಟ್ಟು ವರದಿ ಮಾಡಿ.



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

ಮೈಕ್ರೋ ಲ್ಯಾಬ್ಸ್ ಲಿಮಿಟೆಡ್, 31, ರೇಸ್ ಕೋರ್ಸ್ ರಸ್ತೆ,
ಬೆಂಗಳೂರು 560 001, ಭಾರತ



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.

ಗೌಪ್ಯತೆ: ರೋಗಿಯ ಗುರುತನ್ನು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಿನ ಗೌಪ್ಯವಾಗಿಡಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ರಕ್ಷಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾರ್ವಜನಿಕರ ಕೋರಿಕೆಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಾಗಿ ಕಂಪನಿ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರದಿಗಾರನ ಗುರುತನ್ನು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವ ನಿರೀಕ್ಷೆಯಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

Instructions to Complete the Reporting Form ವರದಿಯ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲು ಸೂಚನೆಗಳು

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.

ವಿಭಾಗ 1 - ರೋಗಿಯ ವಿವರಗಳು

- ✓ ರೋಗಿಯ ಮೊದಲಕ್ಷರವನ್ನು, ಹೆಸರಿನ ಮೊದಲ ಅಕ್ಷರ ಮತ್ತು ಉಪನಾಮದ ಮೊದಲ ಅಕ್ಷರ ಸೇರಿಸಿ ಬರೆಯಿರಿ (ಉದಾ ಪ್ರದೀಪ್ ಶರ್ಮಾ ಪಿಎಸ್)
- ✓ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು (ಲಿಂಗ, ವಯಸ್ಸು) ಒದಗಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ -2 ಆರೋಗ್ಯದ ಮಾಹಿತಿ

- ✓ ಔಷಧ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಇರುವ ಕಾರಣ (ಗಳು) . ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದವರನ್ನು (: ವೈದ್ಯರು..... ಔಷಧ ವ್ಯಾಪಾರಿ ಸ್ನೇಹಿತರು / ಸಂಬಂಧಿಗಳುಸ್ವತಃ) ತಿಳಿಸಿ

ವಿಭಾಗ 3 - ಆಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಿವರಗಳು

- ✓ ವರದಿಯನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸಲು ಹೆಸರು(ಐಚ್ಛಿಕ), ವಿಳಾಸ, ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ ಮತ್ತು ಇಮೇಲ್ ಒದಗಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ 4 - ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ/ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ವಿವರಗಳು

- ✓ ಆಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿದ ಔಷಧಿಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎಲ್ಲಾ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ(ಔಷಧಿಗಳ ಹೆಸರು, ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಔಷಧಿಗಳ ಪ್ರಮಾಣ, ಕೊನೆಯ ದಿನಾಂಕ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಆರಂಭದ ಮತ್ತು ಅಂತ್ಯದ ದಿನಾಂಕ) .
- ✓ ದಯವಿಟ್ಟು ಡೋಸೇಜ್ ಫಾರ್ಮ್ ಒದಗಿಸಿ ಮತ್ತು ಬೇರೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ (ಟ್ಯಾಬ್ಲೆಟ್ ಗಳು, ಕ್ಯಾಪ್ಸೂಲ್ ಗಳು, ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಗಳು, ಬಾಯಿಯ ದ್ರವ) ಅವುಗಳನ್ನೂ ಸೂಚಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ 5 - ಆಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮದ ಬಗ್ಗೆ

- ✓ ಆಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಆರಂಭವಾದ ಮತ್ತು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಂಡ ದಿನಾಂಕಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ ಮತ್ತು ಆಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಮುಂದುವರಿದಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನೂ ಸೂಚಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ 6 - ಆಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಎಷ್ಟು ಹಾನಿಕಾರಕವಾಗಿತ್ತು

- ✓ ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ✓ ಎಂದೂ ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ)

ವಿಭಾಗ 7 ಆಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿ

- ✓ ಆಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮದ ವಿವರಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿ ಮತ್ತು ಆಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಯಾವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಿ ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ತಿಳಿಸಿ.

Thank you for taking the time to complete this form/ಈ ನಮೂನೆಯನ್ನು

ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲು ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಕ್ಕೆ ಧನ್ಯವಾದಗಳು