



**MICRO LABS
LIMITED**

MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

ഉപഭോക്താക്കൾക്ക് മരുന്നുകളുടെ പാർശ്വ ഫലങ്ങൾ അറിയിക്കുവാനുള്ള

ഫോറം

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

മൈക്രോ ലാബ് ലിമിറ്റഡ്, 31, റേസ് കോഴ്സ് റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ 560 001, ഇന്ത്യ

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

ഞങ്ങളുടെ ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ സുരക്ഷ വിലയിരുത്തുന്നതിന് നിങ്ങൾ നൽകുന്ന ഡാറ്റ കമ്പനിയോ അതിന്റെ അഫിലിയേറ്റുകളോ സേവന ദാതാക്കളോ ഉപയോഗിക്കും, അത് ബന്ധപ്പെട്ട റെഗുലേറ്ററി ബോഡികളുമായി പങ്കിട്ടേക്കാം. നിങ്ങൾക്ക് വേണമെങ്കിൽ എപ്പോൾ വേണമെങ്കിലും സമ്മതം പിൻവലിക്കാം

☐ 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.

☐ അവരുടെ ഉൽപ്പന്നത്തിന്റെ സുരക്ഷ വിലയിരുത്തുന്നതിന് ഞാൻ നൽകിയ ഡാറ്റ ഉപയോഗിക്കുന്നതിന് കമ്പനിയെയോ അതിന്റെ അനുബന്ധ സ്ഥാപനങ്ങളെയോ സേവന ദാതാവിനെയോ ഞാൻ അംഗീകരിക്കുകയും അംഗീകരിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. എനിക്ക് വേണമെങ്കിൽ എപ്പോൾ വേണമെങ്കിലും എന്റെ സമ്മതം പിൻവലിക്കാമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

1. രോഗിയെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ

പേരും ഇനിയേയും

ആൺ ☐ പെൺ ☐ ഇതരം ☐ വയസ്സ് (ജനന തീയതി) :

2. രോഗിയെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ

എ) മരുന്നു കഴിക്കാനു് ായ കാര്യങ്ങൾ (രോഗം/ലക്ഷണങ്ങൾ) :

ബി) മരുന്ന് നിർദ്ദേശകൻ () : ഡോക്ടർ ☐ ഫാർമസിസ്റ്റ് ☐ സുഹൃത്തുക്കൾ/ബന്ധുക്കൾ ☐ സ്വയം ☐

3. പാർശ്വ ഫലങ്ങൾ അറിയിക്കുന്ന വ്യക്തിയെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ

പേര് :

മേൽവിലാസം :

4. കഴിക്കുന്ന/കഴിച്ച് മരുന്നുകളെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ

മരുന്നിന്റെ പേര്	ഉപയോഗിച്ച മരുന്നു അളവും ഉദാ 250 മി ഗ്രാം 5 മില്ലീ 2 നേരം	കാലാവധി	ഉപയോഗം തുടങ്ങിയ ദിവസം	ഉപയോഗം നിർത്തിയ ദിവസം

ഏത് തരം മരുന്ന് () : ഗുളിക ☐ ക്യാപ്സുൾ ☐ കുത്തി വയ്പ്പ് ☐ മറ്റുള്ളവ ☐

5. പാർശ്വ ഫലവിവരങ്ങൾ

എപ്പോൾ തുടങ്ങി

ഇപ്പോഴും തുടരുന്നു ☐ ാ

എപ്പോൾ അവസാനിച്ചു

6. പാർശ്വ ഫലത്തിന്റെ ഗുരുതരാവസ്ഥ

☐ ദൈനം ദിന പ്രവർത്തിയെ ബാധിച്ചു

☐ ആശുപത്രിയിൽ പ്രവേശിപ്പിച്ചു

☐ മറ്റ് പാർശ്വ ഫലങ്ങൾ ഉ് ായി

☐ ദൈനം ദിന പ്രവർത്തനങ്ങളെ ബാധിച്ചില്ല

☐ മരണം സംഭവിച്ചു

7. പാർശ്വ ഫലത്തെ കുറിച്ച് വിവരിക്കുക

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.

ഈ റിപ്പോർട്ടിംഗ് സ്വമേധയാ ഉള്ളതാണ്, നിയമപരമായ പ്രത്യാഘാതങ്ങളൊന്നുമില്ല. രോഗിയുടെ സുരക്ഷ മെച്ചപ്പെടുത്താൻ ലക്ഷ്യമിടുന്നു. നിങ്ങളുടെ സജീവ പങ്കാളിത്തം വിലപ്പെട്ടതാണ്. കൂടുതൽ വിവരങ്ങൾക്ക് കമ്പനി ഉദ്യോഗസ്ഥർ നിങ്ങളെ ബന്ധപ്പെടുമ്പോൾ അവരുമായി സഹകരിക്കാൻ നിങ്ങളോട് അഭ്യർത്ഥിക്കുന്നു. നിങ്ങൾക്ക് എല്ലാ വിവരങ്ങളും ഇല്ലെങ്കിലും ദയവായി റിപ്പോർട്ട് ചെയ്യുക.



MICRO LABS LIMITED

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

മൈക്രോ ലാബ്സ് ലിമിറ്റഡ്, 31,
റേസ് കോഴ്സ് റോഡ്, ബാംഗ്ലൂർ 560 001,
ഇന്ത്യ



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.

രഹസ്യാത്മകത: രോഗിയുടെ ഐഡൻറിറ്റി കർശനമായ ആത്മവിശ്വാസത്തിൽ സൂക്ഷിക്കുകയും പൂർണ്ണമായി സംരക്ഷിക്കുകയും ചെയ്യുന്നു. പൊതുജനങ്ങളിൽ നിന്നുള്ള അഭ്യർത്ഥനയ്ക്ക് മറുപടിയായി കമ്പനി സ്റ്റാഫ് പ്രതീക്ഷിക്കുന്നില്ല, റിപ്പോർട്ടറുടെ ഐഡൻറിറ്റി വെളിപ്പെടുത്തുകയുമില്ല.

ഫോറം പുരിപ്പിക്കാനുള്ള മാർഗനിർദ്ദേശങ്ങൾ

1. രോഗിയെ സംബന്ധിച്ച വിവരങ്ങൾ : രോഗിയുടെ ഇനിഷ്യൽ എഴുതുമ്പോൾ പേരിന്റെയും പേരിന്റെ കൂടെ ചേർക്കുന്ന ഉപ പേരിന്റെയും ആദ്യാക്ഷരങ്ങൾ എഴുതുക. (ഉദാ:നാലുവീട്ടിൽ നാരായണൻ രാഘവൻ എന്നതിന്റെ ചുരുക്കം
2. സ്ത്രീയോ പുരുഷനോ എന്ന വിവരം നിർബന്ധമായും രേഖപ്പെടുത്തുക