

औषधांचे दुष्परिणाम कळविण्यासाठीचे प्रपत्र (उपभोक्त्यांसाठी)

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

मायक्रो लॅब्स लिमिटेड, 31, रेसकोर्स रोड, बंगलोर 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

तुम्ही प्रदान केलेला डेटा आमच्या उत्पादनाच्या सुरक्षिततेचे मूल्यमापन करण्यासाठी कंपनी किंवा तिच्या सहयोगी किंवा सेवा प्रदात्याद्वारे वापरला जाईल आणि संबंधित नियामक संस्थांसह सामायिक केला जाऊ शकतो. तुमची इच्छा असल्यास तुम्ही तुमची संमती कधीही मागे घेऊ शकता.

☐ 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.

☐ मी सहमत आहे आणि कंपनी किंवा तिच्या सहयोगी किंवा सेवा प्रदात्यांना त्यांच्या उत्पादनाच्या सुरक्षिततेचे मूल्यांकन करण्यासाठी मी प्रदान केलेला डेटा वापरण्यासाठी अधिकृत करतो. मला समजले आहे की माझी इच्छा असल्यास मी कधीही माझी संमती मागे घेऊ शकतो.

1. Patient Details/ रुग्णाची माहिती

Patient Initials/ रुग्णाची आद्याक्षरे: Gender/ लिंग (v): Male/ पुरुष ☐ Female/ स्त्री ☐ Age (Year or Month)/ वय (वर्ष किंवा महिना)

2. Health Information/ ☐ रोग्यविषयक माहिती

a. Reason(s) for taking medicine(s) (Disease/Symptoms)/ औषध(धे) घेण्याचे कारण(णे) (रोग/लक्षण):

b. Medicines Advised by/ औषधे सुचविणारी व्यक्ती (v): Doctor/ डॉक्टर ☐ Pharmacist/ औषधतज्ञ ☐ Friends/Relatives/ मित्र/नातेवाईक ☐ Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ स्वतः (पूर्वी रोग अनुभवला/अनुभवला नाही) ☐

3. Details of Person Reporting the Side Effect/ दुष्परिणाम कळविणाऱ्या व्यक्तीची माहिती

Name (Optional)/ नाव (ऐच्छिक):

Address/ पत्ता:

Telephone No/ दूरध्वनी क्र:

Email/ ईमेल:

4. Details of Medicine Taking/Taken/ घेत असलेल्या/घेतलेल्या औषधाची माहिती

Name of Medicines/ औषधांची नावे	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ औषधांचे घेतलेले प्रमाण (उदा. 250 मिग्रॅ, दररोज दोन वेळा)	Expiry Date of Medicines/ औषधांचा मुदतसमाप्ती दिनांक	Date of Start of Medicines/ औषधे सुरु केल्याचा दिनांक	Date of Stop of Medicines/ औषधे बंद केल्याचा दिनांक
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy

Dosage form/ डोसचे स्वरूप (v) : Tablet/ गोळी ☐ Capsule/ कॅप्सूल ☐ Injection/ इंजेक्शन ☐ Oral Liquids/ तोंडावाटे द्रव ☐ If Others (Please Specify.....)/ अन्य असल्यास (कृपया स्पष्ट करा.....)

5. About the Side Effect/ दुष्परिणामाची माहिती

When did the side effect start?/ दुष्परिणाम कधी सुरु झाला? dd/mm/yy Side Effect is still Continuing (Yes/No)/ ☐

When did the side effect stop?/ दुष्परिणाम कधी थांबला? dd/mm/yy दुष्परिणाम अजून सुरु आहे (होय/नाही): ☐

6. How bad was the Side Effect? (Please v the boxes that Apply)/ दुष्परिणाम किती वाईट होता? (कृपया लागू चौकट्यांमध्ये v करा)

☐ Did not affect daily activities/ दैनंदिन कार्यावर परिणाम केला नाही	☐ Affect daily activities/ दैनंदिन कार्यावर परिणाम केला
☐ Admitted to hospital/ रुग्णालयात दाखल केले	☐ Death/ मृत्यू
☐ Others/ इतर	

7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ दुष्परिणामाचे वर्णन करा (दुष्परिणामाचे व्यवस्थापन करण्यासाठी तुम्ही काय केले?)

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.

हा अहवाल ऐच्छिक आहे, त्याचा कोणताही कायदेशीर अर्थ नाही आणि रुग्णाची सुरक्षा सुधारण्याचे उद्दिष्ट आहे. तुमचा सक्रिय सहभाग मोलाचा आहे. अधिक तपशीलांसाठी कंपनीचे अधिकारी तुमच्याशी संपर्क साधतील तेव्हा त्यांना सहकार्य करण्याची विनंती केली जाते. तुमच्याकडे सर्व काही नसले तरीही कृपया तक्रार करा माहिती



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

मायक्रो लॅब्स लिमिटेड, 31, रेसकोर्स रोड,
बंगलोर 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: रुग्णाची ओळख अत्यंत आत्मविश्वासाने ठेवली जाते आणि पूर्ण मर्यादित संरक्षित केली जाते. कंपनीच्या कर्मचाऱ्यांनी लोकांच्या विनंतीला प्रतिसाद म्हणून रिपोर्टरची ओळख उघड करणे अपेक्षित नाही आणि ते उघड करणार नाहीत.

Instructions to Complete the Reporting Form रिपोर्ट करण्याचे प्रपत्र भरण्यासाठी सूचना

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.

भाग 1 - रुग्णाची माहिती

- ✓ रुग्णाच्या आद्याक्षरांमध्ये नावाचे पहिले अक्षर व आडनावाचे पहिले अक्षर लिहा (उदा. प्रदीप शर्मा- प्रश).
- ✓ व्यक्तीगत माहिती द्या (लिंग, वय).

भाग -2 आरोग्यविषयक माहिती

- ✓ औषधे घेण्याचे कारण(णे) आणि ते कोणी सुचविले ते लिहा (डॉक्टर, औषधतज्ञ, मित्र/नातेवाईक आणि स्वतः).

भाग 3 - दुष्परिणाम कळविणाऱ्या व्यक्तीची माहिती

- ✓ रिपोर्ट पडताळण्यासाठी तुमचा (ऐच्छिक), पत्ता द्या; दूरध्वनी क्र. व ईमेल कळविणे आवश्यक आहे..

भाग 4 - घेतलेल्या/घेतलेल्या औषधाची माहिती

- ✓ ज्यामुळे दुष्परिणाम झाला त्या औषधांची सर्व माहिती द्या (औषधांचे नाव, औषधांचे घेतलेले प्रमाण, मुदतसमाप्ती दिनांक, औषधे सुरु केल्याचा व बंद केल्याचा दिनांक).
- ✓ कृपया डोसचे स्वरूप द्या (गोळ्या, कॅप्सूल, इंजेक्शन, मौखिक द्रव) आणि इतर काही असल्यास कृपया स्पष्ट करा.

भाग 5 - दुष्परिणामाची माहिती

- ✓ दुष्परिणाम सुरु होण्याचा व थांबण्याचा दिनांक, तसेच अजून तो दुष्परिणाम सुरु आहे का, हे स्पष्ट करा.

भाग 6 - दुष्परिणाम किती वाईट होता

- ✓ कृपया लागू असलेल्या चौकट्यांमध्ये खूण करा.

भाग 7- दुष्परिणामाचा वर्णन करा

- ✓ कृपया दुष्परिणामाची माहिती आणि त्या दुष्परिणामाचे व्यवस्थापन करण्यासाठी कोणते उपचार घेतले त्याचे वर्णन करा.

Thank you for taking the time to complete this form

ह प्रपत्र भरण्यासाठी वळि दिल्याबद्दल तुमचा आभार