

ఔషధాల దుష్ప్రభావాలను నివేదించు ఫారము (వినియోగదారులకు)

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

మైక్రో ల్యాబ్స్ లిమిటెడ్, 31, రేస్ కోర్స్ రోడ్, బెంగళూరు 560 001, భారతదేశం

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

మీరు అందించిన డేటా మా ఉత్పత్తి యొక్క భద్రతను అంచనా వేయడానికి కంపెనీ లేదా దాని అనుబంధ సంస్థలు లేదా సర్వీస్ ప్రొవైడర్ ద్వారా ఉపయోగించబడుతుంది మరియు సంబంధిత నియంత్రణ సంస్థలతో భాగస్వామ్యం చేయబడవచ్చు. మీరు కోరుకుంటే, మీరు ఎప్పుడైనా మీ సమ్మతిని ఉపసంహరించుకోవచ్చు.

☐ 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.

☐ కంపెనీ లేదా దాని అనుబంధ సంస్థలు లేదా సేవా ప్రదాత వారి ఉత్పత్తి యొక్క భద్రతను అంచనా వేయడానికి నేను అందించిన డేటాను ఉపయోగించడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను మరియు అధికారం ఇచ్చాను. నేను కోరుకుంటే, నా సమ్మతిని ఎప్పుడైనా ఉపసంహరించుకోవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

1. Patient Details/ రోగి వివరములు

Patient Initials/ రోగి వివరములు: Gender/ లింగము (V): Male/ మగ ☐ Female/ ఆడ ☐ Age (Year or Month)/ వయసు (సంవత్సరం లేదా నెల):
Other/ ఇతరులు ☐

2. Health Information/ ఆరోగ్య సమాచారము

a. Reason(s) for taking medicine(s) (Disease/Symptoms)/ మందులు తీసుకొనుటకు కారణము (లు) (జబ్బు/లక్షణములు):

b. Medicines Advised by/ మందులు సూచించిన వారు (V): Doctor/ డాక్టర్. ☐ Pharmacist/ ఫార్మసిస్టు ☐ Friends/Relatives/ స్నేహితులు/బంధువులు ☐ Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ స్వంతము (అనుభవించిన గత వ్యాధి/గతంలో ఎటువంటి వ్యాధి లేదు) ☐

3. Details of Person Reporting the Side Effect/ దుష్ప్రభావాన్ని నివేదిస్తున్న వ్యక్తి పేరు

Name (Optional)/ పేరు (ఐచ్ఛికము):

Address/ చిరునామా:

Telephone No/ టెలిఫోన్ నంబరు:

Email/ ఇ-మెయిల్:

4. Details of Medicine Taking/Taken/ తీసుకొంటున్న/తీసుకొన్న మందు వివరాలు

Name of Medicines/ మందుల పేర్లు	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ తీసుకొన్న మందుల పరిమాణము(ఉదా. 250 మి.గ్రా. రోజుకు రెండు మార్లు)	Expiry Date of Medicines/ మందులు మురిగిపోవు గడువు తేదీ	Date of Start of Medicines/మందులు ప్రారంభించిన తేదీ	Date of Stop of Medicines/ మందులు ఆపి వేసిన తేదీ
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy

Dosage form/ మోతాదు రూపము : (V) : Tablet/ మాత్ర ☐ Capsule/ క్యాప్సుల్ ☐ Injection/ ఇంజక్షన్ ☐ Oral Liquids/ నోటి ద్రావణము ☐
If Others (Please Specify.....)/ ఇతరములైతే (దయచేసి ప్రత్యేకించండి.....)

5. About the Side Effect/ దుష్ప్రభావము గురించి

When did the side effect start?/ దుష్ప్రభావము ఎప్పుడు మొదలయింది? dd/mm/yy Side Effect is still Continuing (Yes/No)/
When did the side effect stop?/ దుష్ప్రభావము ఎప్పుడు ఆగిపోయింది? dd/mm/yy దుష్ప్రభావం ఇంకా కొనసాగుతోందా (అవును/లేదు): ☐

6. How bad was the Side Effect? (Please ✓ the boxes that Apply)/ ఆ దుష్ప్రభావము ఎంత చెడ్డగా ఉండినది? (దయచేసి వర్తింపే బాక్సులను టీక్ చేయండి)

☐ Did not affect daily activities/ ధైర్యం దినం దినం కార్యక్రమాలను ప్రభావితం చేయలేదు	☐ Affect daily activities/ ధైర్యం దినం దినం కార్యక్రమాలను ప్రభావితం చేసింది
☐ Admitted to hospital/ ఆస్పత్రిలో చేరిక అయ్యారు	☐ Death/ మరణము
☐ Others/ ఇతరములు	

7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/దుష్ప్రభావాన్ని వివరించండి (ఆ దుష్ప్రభావాన్ని నిర్వహించుటకు చేయబడిన చర్యలు)

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.

ఈ రిపోర్టింగ్ స్వచ్ఛందమైనది, ఎటువంటి చట్టపరమైన చిక్కులు లేవు మరియు రోగి భద్రతను మెరుగుపరచడం లక్ష్యంగా పెట్టుకుంది. మీ క్రియాశీల భాగస్వామ్యం విలువైనది. మరియు వివరాల కోసం కంపెనీ అధికారులు మిమ్మల్ని సంప్రదించినప్పుడు వారితో సహకరించాల్సిందిగా అభ్యర్థించారు. మీ వద్ద పూర్తి సమాచారం లేకపోయినా దయచేసి నివేదించండి.



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

మైక్రో ల్యాబ్స్ లిమిటెడ్, 31, రేస్ కోర్స్ రోడ్,
బెంగళూరు 560 001, భారతదేశం



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.

గోప్యత: రోగి యొక్క గుర్తింపు ఖచ్చితమైన విశ్వాసంతో ఉంచబడుతుంది మరియు పూర్తి స్థాయిలో రక్షించబడుతుంది. కంపెనీ సిబ్బంది ప్రజల నుండి వచ్చిన అభ్యర్థనకు ప్రతిస్పందనగా రిపోర్టర్ యొక్క గుర్తింపును ఆశించరు మరియు బహిష్కరణ చేయరు.

Instructions to Complete the Reporting Form రిపోర్టింగ్ ఫారమును నింపుటకు సూచనలు

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.

సెక్షన్ ౧ - రోగి వివరములు

- ✓ రోగి యొక్క ఇనిషియల్ లో, పేరులో మొదటి అక్షరం, ఇంటిపేరులో మొదటి అక్షరం వ్రాయండి. (ఉదా. ప్రదీప్ శర్మ-పిఎస్)
- ✓ రోగి వ్యక్తిగత సమాచారము (లింగము, వయసు)

సెక్షన్ ౨ - ఆరోగ్య సమాచారము

- ✓ మందులు తీసుకొంటున్నందుకు కారణము (లు) మరియు మందులు సూచించిన వారు (డాక్టర్, ఫార్మసిస్టులు, స్నేహితులు/బంధువులు మరియు స్వంతము).

సెక్షన్ ౩- దుష్ప్రభావమును రిపోర్టు చేస్తున్న వ్యక్తి వివరములు

- ✓ రిపోర్టును విశ్లేషించడానికి, పేరు (ఐచ్ఛికము), చిరునామా; టెలిఫోన్ నంబరు, ఇ-మెయిల్ లు అవసరము.

సెక్షన్ ౪- తీసుకొంటున్న/తీసుకొన్న మందుల వివరములు

- ✓ దుష్ప్రభావాన్ని కలిగించిన మందుల వివరాలన్నింటినీ ఇవ్వండి. (మందుల పేర్లు, తీసుకొన్న పరిమాణము, మందు చెల్లుబాటు గడువు తేదీ, మందులు మొదలు పెట్టిన, ఆపివేసిన తేదీలు).
- ✓ దయచేసి మోతాదు రూపమును ఇవ్వండి (మాత్రలు, క్యాప్సుల్స్, ఇంజక్షన్లు, నోటి ద్రావణము) మరియు ఇతరత్రా ఉంటే ప్రత్యేకించండి.

సెక్షన్ ౫ - దుష్ప్రభావము గురించి

- ✓ దుష్ప్రభావము మొదలైన మరియు ముగిసిన తేదీలు, దుష్ప్రభావము ఇంకా కొనసాగుతున్నదా, ప్రత్యేకించి వ్రాయండి.

సెక్షన్ ౬ - దుష్ప్రభావము ఎంత చెడ్డగా ఉండినది

- ✓ వర్తించే బాక్సులన్నింటికీ టీక్ చేయండి.

సెక్షన్ ౭ - దుష్ప్రభావమును వివరించండి.

- ✓ దయచేసి దుష్ప్రభావము యొక్క అన్ని వివరాలూ, అందుకై ఏ చికిత్సను పొందారు అనే వివరాలూ వ్రాయండి.

Thank you for taking the time to complete this form

ఈ ఫారమును పూర్తి చేయుటకు సమయము వెచ్చించినందులకు ధన్యవాదములు