



MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

દવાઓની આડઅસરનું અહેવાલ ફોર્મ (ગ્રાહકો માટે)

Indian Pharmacopoeia Commission, National Coordination Centre- Pharmacovigilance Programme of India,
Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

ભારતીય ઔષધિસંગ્રહ પંચ (ઇન્ડિયન ફાર્માકોપોઇઆ કમિશન), રાષ્ટ્રીય સંકલન કેન્દ્ર - ભારત ઔષધિસતર્કતા કાર્યક્રમ (ફાર્માકોવિજિલન્સ પ્રોગ્રામ ઓફ ઇન્ડિયા),
આરોગ્ય અને કુટુંબ કલ્યાણ મંત્રાલય, ભારત સરકાર.

| 1. Patient Details/દર્દીની વિગત | | | | |
|---|---|--|---|--|
| Patient Initials/દર્દીના પ્રથમ અક્ષરો : <input type="text"/> | | Gender/ જાતિ (V): Male/ પુરુષ <input type="checkbox"/> Female/ મહિલા <input type="checkbox"/> Other/ અન્ય <input type="checkbox"/> | | Age (Year or Month)/ ઉંમર (વર્ષ કે મહિના) : |
| 2. Health Information/ આરોગ્યની માહિતી | | | | |
| a. Reason(s) for taking medicine(s) (Disease/Symptoms)/ દવા (દવાઓ) લેવા માટેનું કારણ(કારણો) (રોગ/લક્ષણો): | | | | |
| b. Medicines Advised by/ દવા લેવાની સલાહ આપનાર (V): Doctor/ ડૉક્ટર <input type="checkbox"/> Pharmacist/ ફાર્માસિસ્ટ <input type="checkbox"/> Friends/Relatives / મિત્રો/સંબંધી <input type="checkbox"/> Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ પોતે (અગાઉ રોગનો અનુભવ/અગાઉ રોગનો અનુભવ નહી) <input type="checkbox"/> | | | | |
| 3. Details of Person Reporting the Side Effect/ આડઅસર જણાવતા હોય તે વ્યક્તિની વિગત | | | | |
| a. Name (Optional)/ નામ (વૈકલ્પિક): | | | | |
| b. Address/ સરનામું: | | | | |
| Telephone No./ ટેલીફોન નંબર: | | | Email/ ઇમેઇલ: | |
| 4. Details of Medicine Taking/Taken/ દવાઓ લેતા હો/લીધી હોય તેની વિગતો | | | | |
| Name of Medicines/ દવાઓનું નામ | Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ લીધેલ દવાનું પ્રમાણ (દા. ત. 250 મિલીગ્રામ, દરરોજ બે વખત) | Expiry Date of Medicines દવાઓની એક્સપાયરી તારીખ | Date of Start of Medicines/ દવાઓ શરૂ કર્યાની તારીખ | Date of Stop of Medicines/ દવાઓ બંધ કર્યાની તારીખ |
| | | dd/mm/yy | dd/mm/yy | dd/mm/yy |
| | | dd/mm/yy | dd/mm/yy | dd/mm/yy |
| | | dd/mm/yy | dd/mm/yy | dd/mm/yy |
| Dosage form/ દવાનું સ્વરૂપ (V): Tablet/ ગોળી <input type="checkbox"/> Capsule/ કેપ્સ્યુલ <input type="checkbox"/> Injection/ ઇન્જેક્શન <input type="checkbox"/> Oral Liquids/ મુખ વાટે પ્રવાહી <input type="checkbox"/> If Others (Please Specify.....)/ જો અન્ય (સ્પષ્ટ કરો.....) | | | | |
| 5. About the Side Effect/ આડઅસર વિશે | | | | |
| When did the side effect start?/ આડઅસર ક્યારે શરૂ થઈ હતી? | | <input type="text"/> | Side Effect is still Continuing (Yes/No)/ આડઅસર ચાલુ છે (હા/ના) | |
| When did the side effect stop?/ આડઅસર ક્યારેય બંધ થઈ હતી? | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 6. How bad was the Side Effect? (Please v the boxes that Apply)/ આડઅસર કેટલી ખરાબ હતી? (મહેરબાની કરીને લાગુ પડે તે બોક્સ પર v કરો) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Did not affect daily activities/ રોજિંદી કામગીરી પર અસર કરતી નહોતી | | <input type="checkbox"/> Affect daily activities/ રોજિંદી કામગીરીને અસર થઈ હતી | | |
| <input type="checkbox"/> Admitted to hospital/ હોસ્પિટલમાં દાખલ કર્યા હતા | | <input type="checkbox"/> Death/ મૃત્યુ | | |
| <input type="checkbox"/> Others/ અન્ય | | | | |
| 7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ આડઅસર જણાવો (આડઅસર નિવારવા તમે શું કર્યું હતું?) | | | | |
| | | | | |

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.

આ રિપોર્ટિંગ સ્વૈચ્છિક છે, કોઈ કાયદેસર સૂચિતાર્થ સામેલ નથી અને દર્દીની સલામતી સુધારવાનો હેતુ છે. તમારી સક્રિય સહભાગીતા મૂલ્યવાન છે. આ ફોર્મમાં આપવામાં આવતી માહિતી ફોલોઅપ માટે એડ્રમોનિટરિંગ સેન્ટરને મોકલવામાં આવશે. તેઓ વધુ વિગત માટે તમારો સંપર્ક કરે ત્યારે સહકાર આપવા તમને વિનંતી છે. તમામ માહિતી ન હોય તો પણ મહેરબાની કરીને જરૂરી માહિતી હોય તે આપો

Send your report by mail or Fax to/ तमारे रिपोर्ट नीचेना सरनामे भोडलो

Pharmacovigilance Programme of India
National Coordination Centre,
Indian Pharmacopoeia Commission,
Ministry of Health & Family Welfare, Govt. of India
Sector-23, Rajnagar, Ghaziabad-201002, Uttar Pradesh.
Tel.:0120-2783400, 2783401, 2783392
Fax: 0120-2783311
Email: pvpi.compat@gmail.com
For more information visit us at www.ipc.gov.in



Call us on Helpline

हेल्पलाइन पर अमने कोल करो

1800-180-3024 (Toll Free/ टोल फ्री)

(9:00 AM to 5:30 PM, weekdays)

(सवारे 9:00थी सांजे 5:30 सुधी, सोमवारथी शुक्रवार)

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: दर्दीनी ओणभ गुप्त राभवामां आवे छे अने संपूर्णपणे सुरक्षित छे. प्रोग्राम स्टाफ जाहेर विनंतीना प्रतिसादमां ओणभ जाहेर करशे तेवी अपेक्षा नथी अने रिपोर्टरनी ओणभ जाहेर करशे नही.

Instructions to Complete the Reporting Form

रिपोर्टिंग फॉर्म पूर्ण करवाना सूचनो

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 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 side effect.

विभाग 1 - दर्दीनी विगत

- ✓ दर्दीना शुरुआतना माहितीमां नामनो प्रथम अक्षर अने अटकनो प्रथम अक्षर लभो (दाभला तरीके, प्रदीप शर्मा-पीएस).
- ✓ व्यक्तिगत माहिती आपो (जाति, उमर).

विभाग -2 आरोग्यनी माहिती

- ✓ दवाओ लेवा माटेनुं कारण(कारणो) अने (डॉक्टर, फार्मासिस्ट्स, मित्रो/संबंधीओ अने पोते) द्वारा सूचित दवाओ जणावो.

विभाग 3 - आडअसर विशे जणावता होय ते व्यक्तिनी विगत

- ✓ रिपोर्टनी आकारणी करवा जरूरी नाम (वैकल्पिक), सरनामुं; टेलीफोन नंबर अने छमेछल आपो.

विभाग 4 - लेवामां आवती/लीघेली दवानी विगत

- ✓ आडअसर माटे कारणावत दवाओ विशेनी तमाम विगत आपो (दवानुं नाम, लीघेल दवानुं प्रमाण, एक्सपायरीनी तारीख, दवा लेवानी शुरुआत कर्यानी बंध कर्यानी तारीख).
- ✓ महेरबानी करीने दवाना स्वरूप विशे जणावो (गोली, केप्सूल, इन्जेक्शन्स, मुष वाटे लेवातुं प्रवाही) अने जो अन्य कोछ होय तो स्पष्ट करो.

विभाग 5 - आडअसर विशे

- ✓ आडअसर शुरु थवानी अने बंध थवानी तारीखो जणावो तेमज आडअसर चालु छे के केम ते पण स्पष्ट करो.

विभाग 6 - आडअसर केटली खराब हती

- ✓ महेरबानी करीने लागु पडे ते योग्य खानाओमां टिक मार्क करो.

विभाग 7- आडअसरनुं वर्णन

- ✓ महेरबानी करीने आडअसरनी विगतो अने तेने दूर करवा खुं सारवार लीधी छे ते जणावो.

Thank you for taking the time to complete this form. आ फॉर्म भरवा माटे समय झणववा बढल आपनो आभार.