



# MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

## ওষুধের পার্শ্বক্রিয়া রিপোর্টিং ফর্ম (উপোভোক্তার জন্য)

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

ভারতীয় ফার্মাকোপিয়া কমিশন, ভারতের জাতীয় সমন্বয় কেন্দ্র- জাতীয় ওষুধ সতর্কতার কর্মসূচী, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রালয়, ভারত সরকার

| 1. Patient Details/ রোগীর বিবরণ   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Patient Initials/<br>রোগীর আদর্শন:  | <input type="text"/>   | Gender/ লিঙ্গ (v): Male/ পুরুষ <input type="checkbox"/> Female/ মহিলা <input type="checkbox"/> | Age (Year or Month)/<br>বয়স (বছর বা মাস):                       |  |
|   |  | Other/ অন্যান্য <input type="checkbox"/>   |  |  |
| 2. Health Information/ স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য   |  |  |  |  |
| a. Reason(s) for taking medicine(s)(Disease/Symptoms)/ ওষুধ নেওয়ার কারণ (গুলি) (রোগ/উপসর্গ):   |  |  |  |  |
| b. Medicines Advised by/ ওষুধের পরামর্শদাতা (v): Doctor/ ডাক্তার <input type="checkbox"/> Pharmacist/ ফার্মাসিস্ট <input type="checkbox"/> Friends/Relatives/ বন্ধু/আত্মীয় <input type="checkbox"/>        |  |  |  |  |
| Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ (বিগত রোগের অভিজ্ঞতা/বিগত রোগের কোনো অভিজ্ঞতা নেই) <input type="checkbox"/>  |  |  |  |  |
| 3. Details of Person Reporting the Side Effect/ পার্শ্বক্রিয়া প্রতিবেদনকার্তা.   |  |  |  |  |
| Name (Optional)/ নাম (ঐচ্ছিক):  |  |  |  |  |
| Address/ ঠিকানা:  |  |  |  |  |
| Telephone No/ টেলিফোন নং:   |  |  | Email/ ইমেল:   |  |
| 4. Details of Medicine Taking/Taken/ নেওয়া/নিচ্ছেন ওষুধের বিবরণ  |  |  |  |  |
| Name of Medicines/<br>ওষুধের নাম  | Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg,<br>Two times a day )/ নেওয়া ওষুধের পরিমাণ<br>(যেমন 250 মিলিগ্রাম, দিনে দুই বার) | Expiry Date of<br>Medicines/ ওষুধের<br>মেয়াদ শেষ হওয়ার<br>তারিখ                              | Date of Start of<br>Medicines/ ওষুধ<br>নেওয়া শুরু করার<br>তারিখ | Date of Stop of<br>Medicines/ ওষুধ<br>নেওয়া বন্ধ করার তারিখ |
|   |  |  | dd/mm/yy   | dd/mm/yy   |
|   |  |  | dd/mm/yy   | dd/mm/yy   |
|   |  |  | dd/mm/yy   | dd/mm/yy   |
| Dosage form/ প্রকার (v) : Tablet/ ট্যাবলেট <input type="checkbox"/> Capsule/ ক্যাপসুল <input type="checkbox"/> Injection/ ইনজেকশন <input type="checkbox"/> Oral Liquids/ মৌখিক তরল <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |
| If Others (Please Specify.....)/অন্যযদি কিছু থাকে (দয়া করে উল্লেখ করুন.....)   |  |  |  |  |
| 5. About the Side Effect/ পার্শ্বক্রিয়ার সম্বন্ধে  |  |  |  |  |
| When did the side effect start?/ পার্শ্বক্রিয়া কখন থেকে শুরু হয়?  |  | <input type="text"/>   | Side Effect is still Continuing ( Yes/No)/                       |  |
| When did the side effect stop?/ পার্শ্বক্রিয়া কবে থেকে বন্ধ হয়েছে?  |  | <input type="text"/>   | পার্শ্বক্রিয়া অব্যাহত রয়েছে (হ্যাঁ/না): <input type="text"/>   |  |
| 6. How bad was the Side Effect? (Please v the boxes that Apply)/ পার্শ্বক্রিয়া কতটা খারাপ ছিল? (প্রযোজ্য বাক্সে v প্রয়োগ করুন)  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Did not affect daily activities/ দৈনন্দিন কাজকর্ম কে প্রভাবিত করে নি   |  | <input type="checkbox"/> Affect daily activities/ দৈনন্দিন কাজকর্ম কে ব্যাহত করে               |  |  |
| <input type="checkbox"/> Admitted to hospital/ হাসপাতালে ভর্তি করা হয়  |  | <input type="checkbox"/> Death/ মৃত্যু   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Others/ অন্যান্য   |  |  |  |  |
| 7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ পার্শ্বক্রিয়া বর্ণনা করুন (পার্শ্বক্রিয়া কে সামলানোর জন্য আপনাকে কি করতে হয়েছে?)   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |

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.

এই রিপোর্টিং স্বেচ্ছাকৃত, এতে কোন আইনি সংশ্লেষ নেই এবং রোগীর নিরাপত্তা উন্নত করাই এর উদ্দেশ্য। এই ফর্ম দেওয়া তথ্য পরবর্তী ব্যবস্থার জন্য এ. ডি. আর. মনিটরিং সেন্টার কে পাঠানো হবে। আপনার কাছে প্রোগ্রাম কর্মকর্তাদের সঙ্গে সহযোগিতা করতে অনুরোধ করা হচ্ছে, যখন তারা আরো বিস্তারিত বিবরণের জন্য আপনার সাথে যোগাযোগ করবেন। আপনার কাছে সমস্ত তথ্যের বিবরণ না থাকলেও দয়া করে রিপোর্ট করুন।

Send your report by mail or Fax to/ আপনার রিপোর্ট মেইল বা ফোন দ্বারা পাঠান কে পূর্ণ পরিমাণে

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](mailto:pvpi.compat@gmail.com)  
For more information visit us at [www.ipc.gov.in](http://www.ipc.gov.in)



Call us on Helpline/ হেল্পলাইনে আমাদের সাথে  
যোগাযোগ করুন

**1800-180-3024** (Toll Free/  
টোল ফ্রী)

(9:00 AM to 5:30 PM, weekdays/ পূর্বাঙ্ক 9:00 থেকে অপরাঙ্ক 5:30  
পর্যন্ত, সপ্তাহের কর্মদিবস)

**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.

**গোপনীয়তা:** রোগীর পরিচয় গোপন রাখা হয় এবং সর্বসময় তা রক্ষা করা হয়। প্রোগ্রাম কর্মীদের কাছে আশা করা হয় যে তারা জনগণ থেকে পাওয়া অনুরোধের দরুণ প্রতিক্রিয়ার প্রতিবেদকের পরিচয় প্রকাশ করবেন না।

### Instructions to Complete the Reporting Form ফর্ম পূরণ করার জন্য নির্দেশাবলী

#### 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.

#### অনুচ্ছেদ 1 - রোগীর বিবরণ

- ✓ রোগীর আদর্শ, নাম ও পদবীর প্রথম অক্ষর লিখুন (যেমন প্রদীপ শর্মা-পশ)।
- ✓ ব্যক্তিগত তথ্য (লিঙ্গ, বয়স) লিখুন।

#### অনুচ্ছেদ -2 স্বাস্থ্য সম্বন্ধে তথ্য

- ✓ (ডাক্তার, ফার্মাসিস্ট, বন্ধু/আত্মীয় এবং স্বয়ং দ্বারা পরামর্শ দেওয়া ওষুধের এবং ওষুধ গ্রহণ করার কারণ (গুলি) দিন।

#### অনুচ্ছেদ 3 - পাস্থক্রিয়া প্রতিবেদনকার্তার বিবরণ

- ✓ রিপোর্ট মূল্যায়নের জন্য নাম (ঐচ্ছিক), ঠিকানা, টেলিফোন নং, ও ইমেল প্রদান করার প্রয়োজন।

#### অনুচ্ছেদ 4 - নেওয়া/নিচ্ছেন এমন ওষুধের বিবরণ

- ✓ পাস্থক্রিয়া সৃষ্টিকারী ওষুধের সম্পর্কে সমস্ত বিবরণ দিন ( ও ওষুধের নাম, নেওয়া ওষুধের পরিমাণ, মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ, ওষুধ নেওয়া শুরু ও বন্ধ করার তারিখ)
- ✓ দয়া করে প্রকার উল্লেখ করুন (ট্যাবলেট, ক্যাপসুল, ইনজেকশন, মৌখিক তরল বা অন্য যদি কিছু থাকে।

#### অনুচ্ছেদ 5 - পাস্থক্রিয়া সম্পর্কে

- ✓ পাস্থক্রিয়া আরম্ভ এবং শেষ হওয়ার তারিখ এবং পাস্থক্রিয়া অব্যাহত আছে কিনা তার উল্লেখ করুন।

#### অনুচ্ছেদ 6 - পাস্থক্রিয়া কিভাবে (কতটা খারাপ ছিল)

- ✓ প্রয়োজ্য বাক্সগুলিতে ✓ টিক চিহ্ন প্রয়োগ করুন।

#### অনুচ্ছেদ 7- পাস্থক্রিয়ার বর্ণনা করুন

- ✓ পাস্থক্রিয়া বিস্তারিত বর্ণনা দিন এবং সেজন্য কি চিকিৎসা করা হয় তার উল্লেখ করুন।

Thank you for taking the time to complete this form /

এই ফর্মটি পূরণের জন্য সময় দেওয়াতে আপনাকে ধন্যবাদ