



MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

ఔషధాల దుష్ప్రభావాలను నివేదించు ఫారము (వినియోగదారులకు)

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

భారత ఔషధ ప్రబంధ కమిషన్, జాతీయ సమన్వయ కేంద్రము- భారత ఔషధ సహ నిఘా కార్యక్రమము, ఆరోగ్య మరియు కుటుంబ సంక్షేమ మంత్రిత్వ శాఖ, భారత ప్రభుత్వము.

1. Patient Details/ రోగి వివరములు				
Patient Initials/ రోగి వివరములు:	<input type="text"/>	Gender/ లింగము (V): Male/ మగ <input type="checkbox"/> Female/ ఆడ <input type="checkbox"/>	Age (Year or Month)/ వయసు (సంవత్సరం లేదా నెల):	
		Other/ ఇతరులు <input type="checkbox"/>		
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. <input type="checkbox"/> Pharmacist/ ఫార్మసిస్టు <input type="checkbox"/> Friends/Relatives/ స్నేహితులు/బంధువులు <input type="checkbox"/> Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ స్వంతము (అనుభవించిన గత వ్యాధి/గతంలో ఎటువంటి వ్యాధి లేదు) <input type="checkbox"/>				
3. Details of Person Reporting the Side Effect/ దుష్ప్రభావాన్ని నివేదిస్తున్న వ్యక్తి పేరు				
Name (Optional)/ పేరు (ఇచ్చితము):				
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 <input type="checkbox"/> Capsule/ క్యాప్సుల్ <input type="checkbox"/> Injection/ ఇంజక్షన్ <input type="checkbox"/> Oral Liquids/ నోటి ద్రావణము <input type="checkbox"/>				
If Others (Please Specify.....)/ ఇతరములైతే (దయచేసి ప్రత్యేకపేర్లు.....)				
5. About the Side Effect/ దుష్ప్రభావము గురించి				
When did the side effect start?/ దుష్ప్రభావము ఎప్పుడు మొదలయింది?		<input type="text"/>	Side Effect is still Continuing (Yes/No)/	
When did the side effect stop?/ దుష్ప్రభావము ఎప్పుడు ఆగిపోయింది?		<input type="text"/>	దుష్ప్రభావం ఇంకా కొనసాగుతోందా (అవును/లేదు): <input type="text"/>	
6. How bad was the Side Effect? (Please ✓ the boxes that Apply)/ ఆ దుష్ప్రభావము ఎంత చెడ్డగా ఉండినది? (దయచేసి వర్తింపే బాక్సులను టిక్ చేయండి)				
<input type="checkbox"/> Did not affect daily activities/ ధైర్యం కార్యక్రమాలను ప్రభావితం చేయలేదు	<input type="checkbox"/> Affect daily activities/ ధైర్యం కార్యక్రమాలను ప్రభావితం చేసింది			
<input type="checkbox"/> Admitted to hospital/ ఆస్పత్రిలో చేరిక అయ్యారు	<input type="checkbox"/> Death/ మరణము			
<input type="checkbox"/> Others/ ఇతరములు				
7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/దుష్ప్రభావాన్ని ఎవరించెంది (ఆ దుష్ప్రభావాన్ని యాజమాన్యము చేయుటలో మీరు ఏమి చేశారు)				

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 నివేదన స్వచ్ఛందమైనది మరియు ఇందులో రోగి భద్రతను మెరుగుపరచడానికై ఎటువంటి లక్ష్యాలు మరియు న్యాయపరమైన నిర్బంధము లేదు. మీ చురుకైన బాగోహ్యము విలువైనది. ఈ ఫారములో పొందుపరచిన సమాచారమును తదుపరి చర్య కొరకు ADR పర్యవేక్షణ కేంద్రానికి పంపడం జరుగుతుంది. మరన్ని వివరాలకై ప్రోగ్రాము అధికారులు మీ వద్దకు వచ్చినప్పుడు వారితో సహకరించవలసిందిగా విజ్ఞప్తి. మీ వద్ద మొత్తము సమాచారము లేనప్పటికీ కూడా దయచేసి రిపోర్టు చేయండి.

Send your report by mail or Fax to/ మీ రిపోర్టును మెయిల్ లేదా ఫ్యాక్స్ ద్వారా ఈ క్రింది చిరునామాకు పంపించండి

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 / హెల్ప్ లైన్ మీద మాకు
కాల్ చేయండి

1800-180-3024 (Toll Free/
టోల్ ఫ్రీ)

(9:00 AM to 5:30 PM, weekdays / ఉ.9:00 నుండి సా. 5:30 వరకు,వారము
రోజులలో)

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 గోప్యతలో మరియు సంపూర్ణంగా రక్షణలో ఉంచబడుతుంది. ప్రజల నుండి వచ్చిన అభ్యర్థనకు స్పందిస్తూ ప్రోగ్రాము సిబ్బంది ఎట్టి పరిస్థితుల్లోనూ ఈ రిపోర్టును చేసిన వ్యక్తి యొక్క సమాచారమును వెల్లడించరు మరియు వెల్లడించాలని ఆశించడం జరుగదు.

Instructions to Complete the Reporting Form
రిపోర్టింగ్ ఫారమును నింపుటకు సూచనలు

<p>Section 1 - Patient Details</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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). <p>Section -2 Health Information</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Provide reason(s) for taking medicines and medicines advised by (Doctor, Pharmacists, Friends/ Relatives and Self). <p>Section 3 - Details of Person Reporting the Side Effect</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Provide the name (optional), address; telephone no. and email are necessary to assess the report. <p>Section 4 - Details of the Medicines Taking/Taken</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. <p>Section 5 - About the Side Effect</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Provide side effect start and stop dates and also specify whether the side effect is still continuing. <p>Section 6 - How bad was the Side Effect</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Please tick marks the appropriate boxes that apply. <p>Section 7- Describe the Side Effect</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Please describe the details of side effect and what treatment was taken to manage the side effect. 	<p>సెక్షన్ ౧ - రోగి వివరములు</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ రోగి యొక్క ఇనిషియల్ లో, పేరులో మొదటి అక్షరం, ఇంటిపేరులో మొదటి అక్షరం వ్రాయండి. (ఉదా. ప్రదీప్ శర్మ-పిఎస్) ✓ రోగి వ్యక్తిగత సమాచారము (లింగము, వయసు) <p>సెక్షన్ ౨ - ఆరోగ్య సమాచారము</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ మందులు తీసుకోవడానికి మందుల కారణము (లు) మరియు మందులు సూచించిన వారు (డాక్టర్, ఫార్మసిస్టులు, స్నేహితులు/బంధువులు మరియు స్వంతము). <p>సెక్షన్ ౩- దుష్ప్రభావమును రిపోర్టు చేస్తున్న వ్యక్తి వివరములు</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ రిపోర్టును విశ్లేషించడానికి, పేరు (ఐచ్ఛికము), చిరునామా; టెలిఫోన్ నంబరు, ఇ-మెయిల్ లు అవసరము. <p>సెక్షన్ ౪- తీసుకోవడాన్న/తీసుకొన్న మందుల వివరములు</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ దుష్ప్రభావాన్ని కలిగించిన మందుల వివరాలన్నింటినీ ఇవ్వండి. (మందుల పేర్లు, తీసుకోన్న పరిమాణము, మందు చెల్లుబాటు గడువు తేదీ, మందులు మొదలు పెట్టిన, ఆపివేసిన తేదీలు). ✓ దయచేసి మోతాదు రూపమును ఇవ్వండి (మాత్రలు, క్యాప్సుల్, ఇంజక్షన్లు, నోటి ద్రావణము)మరియు ఇతరత్రా ఉంటే ప్రత్యేకించండి. <p>సెక్షన్ ౫ - దుష్ప్రభావము గురించి</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ దుష్ప్రభావము మొదలైన మరియు ముగిసిన తేదీలు, దుష్ప్రభావము ఇంకా కొనసాగుతున్నదా, ప్రత్యేకించి వ్రాయండి. <p>సెక్షన్ ౬ - దుష్ప్రభావము ఎంత చెడ్డగా ఉండినది</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ వర్తించే బాక్సులన్నింటికీ టీక్ చేయండి. <p>సెక్షన్ ౭ -దుష్ప్రభావమును వివరించండి.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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