

दवाई के अपेक्षित प्रतिकूल असर पर रिपोर्टिंग फॉर्म

केस आईडी (केवल ऑफिस द्वारा उपयोग के लिए ही):

A. रोगी की जानकारी:

1. रोगी का नाम: _____ 2. इवेंट के समय उम्र (वर्ष) या जन्म तारीख (दिन/माह/वर्ष) :: _____ 3. लिंग: _____ 4. वजन (किलो): _____

B. अपेक्षित प्रतिकूल असर:

क्रमांक.	इवेंट का विवरण	इवेंट शुरू होने की तारीख (दिन/माह/वर्ष)	इवेंट का परिणाम				घातक (तारीख लिखें)
			1. स्वस्थ हो गए 2. परिणाम के साथ (तारीख लिखें)	स्वस्थ हो रहे हैं	स्वस्थ नहीं हुए हैं	पता नहीं	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. अपेक्षित दवा(एँ):

दवाई की जानकारी											
क्रमांक.	नाम (ब्रांड/ सामान्य नाम)	उत्पादक (यदि पता हो)	बैच नं. / लॉट नंबर	एक्सपाइरी डेट (यदि पता हो)	लिए गए डोज	डोज कैसे लिए गए	फ्रीक्वेंसी (ओ डी, बी डी आदि)	थेरेपी की तारीख (यदि पता हो तो अवधि लिखें)		लक्षण	दवाई लेने पर किसी दूसरी प्रक्रिया या प्रावस्था का उत्पन्न होना (अनुलग्नक 1)
								शुरू होने की तारीख	खत्म होने की तारीख		

लिए गए कदम (कृपया टिक करें)

वापस उपयोग करने पर असर दोबारा देखना

दवाई के अपेक्षित प्रतिकूल असर पर रिपोर्टिंग फॉर्म

क्रमांक.	दवाई बंद कर दी गई	डोज़ बढ़ाया गया	डोज़ कम किया	डोज़ में कोई बदलाव नहीं	लागू नहीं है	पता नहीं	हाँ	ना	असर पता नहीं	डोज़ (अगर वापस लिया गया हो)

दवाई के अपेक्षित प्रतिकूल असर पर रिपोर्टिंग फॉर्म

D. डी. सहवर्ती मेडिकल प्रोडक्ट जिसमें थेरेपी की तारीख के साथ सेल्फ-मेडिकेशन और हर्बल उपचार शामिल हैं (उनको छोड़कर जो असर का इलाज करने के लिए उपयोग किए जाते हैं)

क्रमांक.	नाम (ब्रांड/सामान्य नाम)	लिए गए डोज़	डोज़ कैसे लिए गए	फ्रीक्वेंसी (ओडी, बीडी आदि)	थेरेपी की तारीख		लक्षण
					शुरू होने की तारीख	खत्म होने की तारीख	

E. तारीखों के साथ सम्बंधित टेस्ट/लेबोरेट्री डेटा:

F. पहले से मौजूद चिकित्सा स्थितियों (जैसे एलर्जी, लाल चकत्ते, गर्भावस्था, धूम्रपान, शराब पीना, यकृत / गुर्दे का काम न करना आदि) सहित अन्य संबंधित इतिहास:

G. असर की गंभीरता: नहीं • यदि हां • (संबंधित विकल्प पर टिक लगाएं):

<input type="checkbox"/> मृत्यु (दिन/माह/वर्ष) _____	<input type="checkbox"/> जानलेवा	<input type="checkbox"/> अस्पताल में भर्ती-शुरुआत/लंबे	<input type="checkbox"/> विकलांगता
<input type="checkbox"/> स्थायी खराबी को रोकने के लिए हस्तक्षेप की			
<input type="checkbox"/> अन्य (उल्लेख करें) _____			

H. अतिरिक्त जानकारी:

I. रिपोर्टर की जानकारी:

नाम: _____	व्यवसाय: _____
पता: _____	पिनकोड: _____

दवाई के अपेक्षित प्रतिकूल असर पर रिपोर्टिंग फॉर्म

टेलीफोन (एसटीडी कोड के साथ): _____ ईमेल: _____

हस्ताक्षर: _____

17.17. रिपोर्ट की तारीख: (दिन/माह/वर्ष): __

रिपोर्टिंग पर सलाह:

क्या रिपोर्ट करें:

दवाओं की वजह से होनेवाले गंभीर, गैर-गंभीर, अपेक्षित या अनेपेक्षित असर

फॉर्म भरने के लिए सूचनाएं:

1. जब भी ट्रोइका फार्मास्युटिकल्स लिमिटेड के प्रोडक्ट्स के उपयोग के कारण किसी भी अपेक्षित प्रतिकूल असर की सूचना मिलती है, तो इस फॉर्म को भरकर ट्रोइका फार्मास्युटिकल्स लिमिटेड के मुख्य कार्यालय को भेज दिया जाना चाहिए।
2. एडीआर की अपेक्षित रिपोर्ट में क्या जाकारी होनी चाहिए: पहचान हो सके ऐसा रिपोर्टर, पहचाना जा सके ऐसा रोगी, प्रतिकूल असर और संदिग्ध प्रोडक्ट (ब्रांड नाम, बैच नंबर और डोज लेने का रास्ता)।
3. यह फॉर्म किसी भी हेल्थ केयर प्रोफेशनल (डॉक्टर, नर्स और फार्मासिस्ट) द्वारा किसी ओर असर की जांच के साथ भरा जाना चाहिए।
4. यदि इस फॉर्म में दी गई जगह पर्याप्त नहीं है, तो कृपया उपयुक्त शीर्षक के साथ अतिरिक्त पेज संलग्न करें।

रिपोर्ट कैसे करें:

अच्छे से भरा गया एडवर्स ड्रग रिएक्शन फॉर्म को निम्नलिखित पते पर भेजा जा सकता है

ए. चिकित्सा सेवा विभाग, ट्रोइका फार्मास्युटिकल्स लिमिटेड कॉमर्स हाउस -1, सत्य मार्ग बोदकदेव, अहमदाबाद - 380054, गुजरात, भारत, या

बी. इस भरे हुए फॉर्म को सीधे इस पर मेल कर सकते हैं: Medicalservices@troikaapharma.com

हेल्पलाइन नंबर:

कॉल करें: +91-26856242/43/44/45

गोपनीयता: रोगी की पहचान को अत्यन्त गोपनीय और हो सके उतना सुरक्षित रखा जाता है। जनता के अनुरोध पर, प्रोग्राम स्टाफ द्वारा रिपोर्टर की पहचान का खुलासा करने की अपेक्षा नहीं की जाती है और न ही वे इसका खुलासा करेंगे। एक रिपोर्ट प्रस्तुत करने से यह साबित नहीं होता है कि चिकित्सा कर्मियों या निर्माता या प्रोडक्ट ने प्रतिक्रिया के कारण या उनके योगदान के कारण दवा का प्रतिकूल असर हुआ।

दवाई के अपेक्षित प्रतिकूल असर पर रिपोर्टिंग फॉर्म

अनुलग्नक 1: WHO-UMC कैजुअलिटी असेसमेंट के लिए मानदंड

कैजुअलिटी संबंधित शब्द	मूल्यांकन के मानदंड
निश्चित	<ul style="list-style-type: none"> • इवेंट या प्रयोगशाला टेस्ट में असामान्यता, दवा लेने के लिए उचित समय संबंध के साथ • बीमारी या अन्य दवाओं द्वारा समझाया नहीं जा सकता • बंद करने पर उचित रिस्पॉन्स (मेडिकल रूप से, पैथोलॉजिकल रूप से) • मेडिकल या घटनात्मक रूप से इवेंट निश्चित (यानी एक ऑब्जेक्टिव और मेडिकल डिऑर्डर या एक मान्यता प्राप्त फ़रमालोजिकल घटना) • पुनः चुनौती संतोषजनक, यदि आवश्यक हो
संभावित	<ul style="list-style-type: none"> • इवेंट या प्रयोगशाला टेस्ट में असामान्यता, दवा लेने के लिए उचित समय संबंध के साथ • बीमारी या अन्य दवाओं से असर होने की संभावना नहीं है • बंद करने पर चिकित्सकीय रूप से उचित रिस्पॉन्स • पुनः चुनौती की आवश्यकता नहीं है
संभव	<ul style="list-style-type: none"> • इवेंट या लैबोरेटरी टेस्ट में असामान्यता, दवा लेने के लिए उचित समय संबंध के साथ • बीमारी या अन्य दवाओं द्वारा भी समझाया जा सकता है • दवा के बंद होने पर जानकारी की कमी या अस्पष्टता हो सकती है
संभावना नहीं	<ul style="list-style-type: none"> • इवेंट या लैबोरेटरी टेस्ट में समय के साथ असामान्यता, दवा लेने पर संबंध शायद नामुमकिन हो सकता है (लेकिन असंभव नहीं) • रोग या अन्य दवाएं उचित स्पष्टीकरण प्रदान करती हैं
अवर्गीकृत	<ul style="list-style-type: none"> • इवेंट या लैबोरेटरी टेस्ट में असामान्यता • उचित मूल्यांकन के लिए अधिक डेटा की आवश्यकता है, या • अतिरिक्त डेटा जांच के तहत है

अनिर्णनीय	<ul style="list-style-type: none">• रिपोर्ट द्वारा प्रतिकूल असर का पता लग रहा है• निर्णय नहीं किया जा सकता क्योंकि जानकारी अपर्याप्त या विरोधाभासी है• डेटा को साबित या सत्यापित नहीं किया जा सकता
-----------	--