



# MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

Version 1.0

সংস্কৰণ ১.০

## ঔষধৰ পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ প্ৰতিবেদন প্ৰপত্ৰ (গ্ৰাহকৰ বাবে)

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

ইণ্ডিয়ান ফাৰ্মাকোপোইয়া কমিছন, ৰাষ্ট্ৰীয় সমন্বয় কেন্দ্ৰ - ফাৰ্মাকোভিজিলেঞ্চ প্ৰোগ্ৰাম অফ ইণ্ডিয়া,  
স্বাস্থ্য আৰু পৰিয়াল কল্যাণ মন্ত্ৰালয়, ভাৰত চৰকাৰ।

<b>1. Patient Details/ৰোগীৰ বিৱৰণ</b>				
Patient Initials: <input type="text"/> <input type="text"/> ৰোগীৰ নাম:		Gender (v) লিংগ(v): Male/পুৰুষ <input type="checkbox"/> Female/মহিলা <input type="checkbox"/> Other /অন্য <input type="checkbox"/>		Age (Year or Month) : বয়স (বছৰ বা মাহ):
<b>2. Health Information/স্বাস্থ্য তথ্য</b>				
a. Reason(s) for taking medicine(s)(Disease/Symptoms)/ঔষধ(সমূহ) সেৱন কৰাৰ কাৰণ(বোৰ) (ৰোগ/লক্ষণসমূহ):				
b. Medicines Advised by (v)/ঔষধৰ পৰামৰ্শ দিয়া (v): Doctor/চিকিৎসক <input type="checkbox"/> Pharmacist/ফাৰ্মাচিষ্ট <input type="checkbox"/> Friends/Relatives/বন্ধু/আত্মীয় <input type="checkbox"/> Self (Past disease experienced/No past disease experienced) নিজে (পূৰ্বৰ ৰোগ অভিজ্ঞতা/কোনোপূৰ্বৰ ৰোগ অভিজ্ঞতা নাই) <input type="checkbox"/>				
<b>3. Details of Person Reporting the Side Effect/পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ প্ৰতিবেদন কৰা ব্যক্তিৰ বিৱৰণ</b>				
Name (Optional)/নাম(যদিহে জনাব বিচাৰে):				
Address/ঠিকনা:				
Telephone No/টেলিফোন নম্বৰ:		Email/ইমেইল:		
<b>4. Details of Medicine Taking/Taken/থাই থকা/খোৱা ঔষধৰ বিৱৰণ</b>				
Name of Medicines ঔষধৰ নাম	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day) খোৱা ঔষধৰ পৰিমাণ (যেনে ২৫০ মিলিগ্ৰা, দিনে দুবাৰ)	Expiry Date of Medicines ঔষধৰ ম্যাদ উকলি যোৱা তাৰিখ	Date of Start of Medicines ঔষধ আৰম্ভ কৰা তাৰিখ	Date of Stop of Medicines ঔষধ বন্ধ কৰা তাৰিখ
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
Dosage form (v)/পালিৰ ৰূপ (v): Tablet/টেবলেট <input type="checkbox"/> Capsule/কেপচুল <input type="checkbox"/> Injection/ইনজেকচন <input type="checkbox"/> Oral Liquids <input type="checkbox"/> If Others (Please Specify...../স্মৃখেৰে খোৱা জুলীয়া দ্ৰব্য যদিহে অন্য (অনুগ্ৰহ কৰি উল্লেখ কৰক.....)				
<b>5. About the Side Effect/পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বিষয়ে</b>				
When did the side effect start?/ পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ কেতিয়া আৰম্ভ হৈছিল? <input type="text"/> dd/mm/yy		Side Effect is still Continuing ( Yes/No): <input type="checkbox"/>		
When did the side effect stop?/পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ কেতিয়া বন্ধ হৈছিল? <input type="text"/> dd/mm/yy		পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ এতিয়াও চলি আছে নে(হয়/নহয়): <input type="checkbox"/>		
<b>6. How bad was the Side Effect? (Please v the boxes that Apply)/পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ কি ধৰণৰ আছিল? (অনুগ্ৰহ কৰি প্ৰযোজ্য বাক্যটোত v কৰক)</b>				
<input type="checkbox"/> Did not affect daily activities/দৈনন্দিন গতিবিধিক প্ৰভাৱিত কৰা নাছিল		<input type="checkbox"/> Affect daily activities/দৈনন্দিন গতিবিধিক প্ৰভাৱিত কৰিছিল		
<input type="checkbox"/> Admitted to hospital/চিকিৎসালয়ত ভৰ্তি হৈছিল		<input type="checkbox"/> Death/মৃত্যু		
<input type="checkbox"/> Others/অন্য				
<b>7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বৰ্ণনা কৰক(আপুনি পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ পৰিচালনা কৰাৰ বাবে কি কৰিছিল)?</b>				

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 প্ৰতিবেদন স্বৈচ্ছামূলক, ইয়াৰ কোনো আইনগত তাৎপৰ্য নাই আৰু ইয়াৰ লক্ষ্য ৰোগীৰ সুৰক্ষা উন্নত কৰি তোলা। আপোনাৰ সক্ৰিয় অংশগ্ৰহণ মূল্যবান। এই প্ৰপত্ৰখনত প্ৰদান কৰা তথ্য অনুধাবন কৰাৰ বাবে এডিআৰ নিৰীক্ষণ কেন্দ্ৰলৈ আগবঢ়াই দিয়া হ'ব। বিশদ তথ্যৰ বাবে আপোনাৰ সৈতে যোগাযোগ কৰাৰ সময়ত কাৰ্যক্ৰমৰ বিষয়াসকলক সহযোগ কৰিবলৈ আপোনাক অনুৰোধ কৰা হ'ল। অনুগ্ৰহ কৰি আপোনাৰ সকলোবোৰ তথ্য নাথাকিলেও প্ৰতিবেদন জনাওঁক।

Please turn the page to read the instructions  
অনুগ্ৰহ কৰি নিৰ্দেশসমূহ পঢ়িবৰ বাবে পৃষ্ঠাটো লুটিয়াওঁক

Send your report by mail or Fax to/আপোনাৰ প্ৰতিবেদন মেইল বা ফেক্সেৰে পঠিয়াওঁক

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

আমাক হেল্পলাইনত কল কৰক

**1800-180-3024** (Toll Free)

১৮০০-১৮০-৩০২৪ (টোল ফ্ৰী)

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

(পুৱা ৯.০০ বজাৰ পৰা সন্ধিয়া ৫.৩০ বজা, সাপ্তাহিক দিনত)

**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: ৰোগীৰ পৰিচয় সম্পূৰ্ণভাৱে গোপনীয় ৰখা হব আৰু সম্পূৰ্ণৰূপে সুৰক্ষিত ৰখা হব। ৰাজহুৱা অনুৰোধৰ সহাবিস্বৰূপে কাৰ্যক্ৰমৰ কৰ্মচাৰীয়ে প্ৰতিবেদকৰ পৰিচয় প্ৰকাশ কৰিব বুলি আশা কৰা নহয় আৰু এনে নকৰে।

### Instructions to Complete the Reporting Form

প্ৰতিবেদন প্ৰাপ্ত পূৰণ কৰাৰ নিৰ্দেশাৱলী

#### 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.

#### বিভাগ ১ - ৰোগীৰ বিৱৰণ

- ✓ ৰোগীৰ নামত, নামৰ প্ৰথম আখৰ আৰু উপাধিৰ প্ৰথম আখৰ লিখি শৰ্মা-পিএচ)।
- ✓ ব্যক্তিগত তথ্য প্ৰদান কৰিব (লিংগ, বয়স)।

#### বিভাগ ২ - স্বাস্থ্য তথ্য

- ✓ ঔষধসমূহ খোৱাৰ কাৰণ(সমূহ) আৰু ঔষধৰ পৰামৰ্শ দিয়া ব্যক্তি (চিকিৎসক, ফাৰ্মাচিষ্ট, বন্ধু/আত্মীয় আৰু নিজে)ৰ বিষয়ে কওঁক।

#### বিভাগ ৩ - পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ প্ৰতিবেদন কৰা ব্যক্তিৰ বিৱৰণ

- ✓ প্ৰতিবেদনৰ মূল্যায়ন কৰিবৰ বাবে প্ৰয়োজনীয় নাম (বৈকল্পিক), ঠিকনা;টেলিফোন নম্বৰ আৰু ইমেইল প্ৰদান কৰক।

#### বিভাগ ৪ - খাই থকা/খোৱা ঔষধৰ বিৱৰণ.

- ✓ পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ সৃষ্টি কৰা ঔষধৰ বিষয়ে সকলোবোৰ বিৱৰণ প্ৰদান কৰক (ঔষধৰ নাম, খোৱা ঔষধৰ পৰিমাণ, ম্যাদ উকলি যোৱা তাৰিখ, ঔষধ আৰম্ভ কৰা আৰু বন্ধ কৰা তাৰিখ)
- ✓ অনুগ্রহ কৰি পালিৰ ৰূপ লিখিব (টেবলেট, কেপচুল, ইনজেকচন, মুখেৰে খোৱা জুলীয়া দ্ৰব্য) আৰু যদিহে অন্যান্য তেলে অনুগ্রহ কৰি উল্লেখ কৰক।

#### বিভাগ ৫ - পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বিষয়ে

- ✓ পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ আৰম্ভ হোৱা আৰু বন্ধ হোৱা তাৰিখ জনাব লগতে পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ এতিয়াও চলি আছে নেকি সেয়াও জনাব।

#### বিভাগ ৬ - পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ কিমান বিৰূপ আছিল

- ✓ অনুগ্রহ কৰি প্ৰয়োজ্য বাকচসমূহত টিক চিন দিব।

#### বিভাগ ৭ - পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বৰ্ণনা কৰক

- ✓ অনুগ্রহ কৰি পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বৰ্ণনা কৰক আৰু পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ পৰিগ্ৰনৰ বাবে কি চিকিৎসা লৈছিল তাৰ বৰ্ণনা কৰক।

Thank you for taking the time to complete this form

এই প্ৰাপ্ত পূৰণ কৰিবলৈ সময় দিয়াৰ বাবে ধন্যবাদ।