

Relevant tests/ laboratory data (with dates) / प्रासंगिक परीक्षण/प्रयोगशाला डेटा (तिथियों के साथ):

Other relevant history, including pre-existing medical conditions (eg. allergies, race pregnancy, smoking, alcohol use, hepatic/ renal dysfunction, etc.) / अन्य प्रासंगिक इतिहास, जिसमें पहले से मौजूद चिकित्सा स्थितियां (जैसे एलर्जी, गर्भावस्था, धूम्रपान, शराब का उपयोग, यकृत / गुर्दे की शिथिलता, आदि) शामिल हैं। :

Suspected Medication(s) / संदिग्ध दवाएं

S. No. / क्रमांक	Name (Brand/Generic) / नाम (ब्रांड/जेनेरिक)	Batch No. / Lot No. / बैच नंबर / लॉट नंबर	Exp. Date / समाप्ति तिथि	Dose Used / इस्तेमाल की जाने वाली खुराक	Route Used / इस्तेमाल किया गया मार्ग	Frequency (OD, BD etc.) / आवृत्ति (दिन में एक बार, दिन में दो बार, आदि)	Therapy dates / चिकित्सा तिथियां		Indication / लक्षण (जिस कारण दवा ली)
							Start date / आरंभ करने की तिथि	Stop date / रुकने की तिथि	

Action Taken / कार्रवाई की:

Drug Withdrawn / दवा बंद कर दी Dose increased / खुराक बढ़ा दी Dose reduced / खुराक कम कर दी

Does not changed / खुराक नहीं बदली Not applicable / लागू नहीं Unknown / अनजान

Event abated after use stopped or dose reduced / उपयोग बंद होने या खुराक कम होने के बाद घटना समाप्त होगई:

Yes / हाँ No / नहीं Unknown / अनजान Not applicable/ लागू नहीं

Event reappeared after reintroduction / घटना पुनः परिचय के बाद फिर से प्रकट हुई:

Yes / हाँ No / नहीं Unknown / अनजान Not applicable/ लागू नहीं

Relationship of the adverse event with the drug/
दवा के साथ प्रतिकूल घटना का संबंध:

Related / सम्बंधित Not Related / सम्बंधित नहीं

Concomitant Medication (s) excluding treatment of reaction (name, dose, frequency, route and therapy dates)
सहवर्ती दवा (ओं) प्रतिक्रिया के उपचार को छोड़कर (नाम, खुराक, आवृत्ति, मार्ग और चिकित्सा तिथियां):

Reporter / सूचना देने वाला:

Name and address / नाम और पता:

Tel No. (with STD code) / Mobile No. / टेलीफोन नंबर (एसटीडी कोड के साथ) / मोबाइल नंबर : _____

E-mail ID (ईमेल आईडी): _____

Healthcare professional (पेशेवर स्वास्थ्यकर्मी): Yes / हाँ No / नहीं Occupation / व्यवसाय:

Signature / हस्ताक्षर:

Date of this report / इस रिपोर्ट की तारीख :

Please send this form to / कृपया इस फॉर्म को यहाँ भेजें: Corporate Pharmacovigilance Department, Akums Drugs & Pharmaceuticals Ltd. And its Subsidiaries, Plot no 19, 20, 21, Sector-6A, IIE, SIDCUL Haridwar (UK) 249403

कॉर्पोरेट फार्माकोविजिलेंस विभाग, एकम्स ड्रग्स एंड फार्मास्युटिकल्स लिमिटेड और इसकी सहायक कंपनियां, प्लॉट नंबर १९, २०, २१ सेक्टर - ६ए, आईआईई, सिडकुल, हरिद्वार (उत्तराखंड) - (२४९४०३)

OR send us the scan copy of this form to below email ID / या हमें इस फॉर्म की स्कैन कॉपी नीचे दी गई ईमेल आईडी पर भेजें

Email id / ईमेल आईडी : indiadrugsafety@akums.in

If any additional data, then please attach with this form / यदि कोई अतिरिक्त डेटा है, तो कृपया इस फॉर्म के साथ संलग्न करें.