

AKUMS DRUGS & PHARMACEUTICALS LTD. AND ITS SUBSIDIARIES

एकम्स ड्रग्स एंड फार्मास्युटिकल्स लिमिटेड और इसकी सहायक कंपनियां

Adverse Drug Reaction (ADR) /Adverse Event (AE) Reporting Form प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया (एडीआर) / प्रतिकूल घटना (एई) रिपोर्टिंग फॉर्म

प्रातिकृत देवा प्राताक्रवा (एडाजार) / प्रातिकृत वटना (एइ) रिवाटिंग कान											
Type of Report /	Initial / Follow up /	Company Reference No./ कंपनी संदर्भ संख्या:									
रिपोर्ट का प्रकार :	प्रारंभिक अनुवर्ती										
Classification of Repo	ort /										
रिपोर्ट का वर्गीकरण :	Adverse Event / प्रतिकूल घटना										
Product quality complaint / उत्पाद की गुणवत्ता की शिकायत											
Medical information / चिकित्सा सूचना											
Patient information /	रोगी के बारे में जानकारी										
Patient Initials / रोगी के आद्याक्षर:	Age at time of event / घटना के समय आयु :	Sex / लिंग: M / पु. F / म. others / अन्य									
	Date of Birth (dd/mm/yyyy) / जन्म की तिथि										
Ex:- Rakesh Kumar Singh - R K S	(दिनांक / महीना / वर्ष) :	Weight (Kg) / Height (cm) /									
Country / देश:	D D M M Y Y Y	वजन (किग्रा): ऊंचाई (सेंटिमीटर):									
Adverse Event / प्रतिकू	ल घटना										
Is the adverse event ser	rious? /क्या प्रतिकूल घटना गंभीर है? Yes	s / हाँ No / नहीं									
If yes, please indicate v चिह्नित करें) Death (dd/mm/yyyy) / र		दि हां, तो कृपया बताएं कि यह गंभीर क्यों है? (लागू होने वाले सभी को Disability/ - विकलांगता जीवन के लिए खतरा									
Congenital anomaly/ जन्मजात विसंगति/जन्म		n / Other important medical events / अन्य महत्वपूर्ण चिकित्सा कार्यक्रम									
If patient died, cause of	f the event / यदि रोगी की मृत्यु हो जाती है, तो घट	ना का कारण:									
Intensity of the adverse		Moderate / मध्यम Sever / गंभीर									
प्रतिकूल प्रतिक्रिया की तीव्रता Date of onset of the		yent stonned data /									
event / घटना की		vent stopped, date / D D M M Y Y Y Y ना रुक गई, तो तारीख									
शुरुआत की तिथि		m: (c 111)									
Time (if available) / समय (यदि उपलब्ध हो)		Time (if available) /									
Describe event or product	t complaint with treatment details, if any / उपच	ार विवरण के साथ घटना या उत्पाद शिकायत का वर्णन करें, यदि कोई हो:									
Outcome / Information on परिणाम / उबरने से जुड़ी जानक	n recovery and any sequelae/ Recovered / तारी या उससे जुड़ा कोई दोष : उबर गया	Recovering / Recovered with sequelae / अबर रहा है लक्षणों के साथ उबर गया									
Other / अन्य	Not recovered / ठीक नहीं हुआ 📗 💮 Fa	atal / घातक Unknown / अनजान									

•	elevant history, includin ction, etc.) / अन्य प्रासंगिव येलता, आदि) शामिल हैं। :		-	_	-		-	_	
Suspe	cted 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 d / चिकित्सा ति Start date / आरंभ करने की तिथि	थियां	Indication / लक्षण (जिस कारण दवा ली)
	oes not changed / खुराक abated after use stoppe			plicable / लागू नर्ह ग बंद होने या खुरा		Unknown / अनज ——— बाद घटना समाप्त			
,	Yes / हाँ 🔲	No / नहीं [Unknown / अन	जान 🗌	Not ap	plicable/ ल	ागू नहीं 🔲	
Even	t reappeared after reintro	oduction / ঘट	ना पुन: परि	चय के बाद फिर से	प्रकट हुई:				
,	Yes / हाँ 🔲	No / नहीं [Unknown / अन	जान 📗	Not ap	plicable/ ल	ागू नहीं 🔲	
	nship of the adverse eve साथ प्रतिकूल घटना का संबं		rug/	Related / सम्बंधि	त 🗌	Not Re	lated / सम्बं	धित नहीं 🗌]
oncom हवर्ती द	itant Medication (s) exc वा (ओं) प्रतिक्रिया के उपच	luding treatm ार को छोड़कर	ent of reac (नाम, खुरा	tion (name, dose क, आवृत्ति, मार्ग अं	, frequency, r ौर चिकित्सा ति	oute and therap थियां):	y dates)		
	ter / सुचना देने वाला: and address / नाम और पत	π:							
	. (with STD code) /Mob ID (ईमेल आईडी):	ile No. / टेलीप	कोन नंबर (प	एसटीडी कोड के सा 	थ) / मोबाइल न	iबर :			
Healtho	care professional (पेशेवर	स्वास्थ्यकर्मी):	Yes /	हाँ 🔲 No/र	नहीं 🗌 🛮 Od	ecupation / व्यवस	नाय:		
•	ire / हस्ताक्षर: Ethis report / इस रिपोर्ट व	ो तारीख :							
	send this form to / कृपर	ग्रा इस फॉर्म को		Corporate Pharm			ums Drugs	& Pharmac	ceuticals