

**GREEN SIGNAL BIO PHARMA PRIVATE LIMITED**No.49, Pappankuppam Village, Gummidipoondi,  
Chennai – 601201.**Suspected Adverse Drug Reaction Reporting Form**  
#For Voluntary Reporting of ADRs by Public or Healthcare Professionals**1. Patient Details/বোগীর বিবরণ**

Patient Initials:   Gender (v) লিংগ(v): Male/পুরুষ  Female/মহিলা  Other/অন্য  Age (Year or Month):  
বোগীর নাম:  বয়স (বছর বা মাহ):

**2. Health Information/স্বাস্থ তথ্য**

a. Reason(s) for taking medicine(s)(Disease/Symptoms)/ঔষধ (সমূহ) সেবন করার কারণ (বোর) (বোগ/লক্ষণসমূহ):

b. Medicines Advised by (v)/ঔষধের পরামর্শ দিয়া (v): Doctor/চিকিৎসক  Pharmacist/ফার্মাচিট  Friends/Relatives/বন্ধু/আঞ্চলিক  Self (Past disease experienced/No past disease experienced) নিজে (পূর্বের বোগ অভিজ্ঞতা/কোনওপূর্বের বোগ অভিজ্ঞতা নাই) **3. Details of Person Reporting the Side Effect/পার্শ্ব প্রভাব প্রতিবেদন করা ব্যক্তির বিবরণ**Name (Optional)/নাম (যদিহে তালিব বিচারে): Address/ঠিকানা: 

Telephone No/টেলিফোন নম্বর:

Email/ইমেইল:

**4. Details of Medicine Taking/Taken/থাই থকা/থোকা ঔষধের বিবরণ**

Name of Medicines ঔষধের নাম	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day) থোকা ঔষধের পরিমাণ (যেনে ২৫০ মিলিগ্রা, দিনে দুবার)	Expiry Date of Medicines ঔষধের ম্যাদ উকলি থোকা তারিখ	Date of Start of Medicines ঔষধ আরম্ভ করা তারিখ	Date of Stop of Medicines ঔষধ বন্ধ করা তারিখ
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy

Dosage form (v)/গালির বৃপ্ত (v): Tablet/টেবলেট  Capsule/কেপচুল  Injection/ইনজেকচন  Oral Liquids  If Others (Please Specify...../মূখের থোকা জুলীয়া দ্রব্য যদিহে অন্যান্য (অন্যান্য অন্যান্য উল্লেখ কৰক.....)**5. About the Side Effect/পার্শ্ব প্রভাবের বিষয়ে**When did the side effect start?/ পার্শ্ব প্রভাব কেতিয়া আরম্ভ হৈছিল?  dd/mm/yy Side Effect is still Continuing ( Yes/No): When did the side effect stop?/পার্শ্ব প্রভাব কেতিয়া বন্ধ হৈছিল?  dd/mm/yy পার্শ্ব প্রভাব এতিয়াও চলি আছে নে (হ্য/অহ্য): **6. How bad was the Side Effect? (Please v the boxes that Apply)/পার্শ্ব প্রভাব কি ধৰণের আছিল? (অন্যান্য কৰিব প্রয়োজ বাক্যাটোত v কৰক)**

<input type="checkbox"/> Did not affect daily activities/দেলিন গতিবিধিক প্রভাবিত কৰা নাছিল	<input type="checkbox"/> Affect daily activities/দেলিন গতিবিধিক প্রভাবিত কৰিছিল
<input type="checkbox"/> Admitted to hospital/চিকিৎসালয়ত ভর্তি হৈছিল	<input type="checkbox"/> Death/মৃত্যু
<input type="checkbox"/> Others/অন্যান্য	

**7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/পার্শ্ব প্রভাবের বর্ণনা কৰক (আপুনি পার্শ্ব প্রভাব পরিচাপৰ বাবে কি কৰিছিল)**

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 প্রতিবেদন ব্রেছাম্বুক, ইয়াৰ কোনো আইলগত তাৎপৰ্য নাই আবু ইয়াৰ লক্ষ্য বোগীৰ সুবক্ষা উলাভ কৰি তোলা। আপোলাৰ সক্রিয় অংশগ্রহণ মূল্যাবল। এই প্রপত্ৰহলত প্ৰদাল কৰা তথ্য অনুধাবল কৰাৰ বাবে এডিআৰ লিবীফ্রেগ কেন্দ্ৰলৈ আগবঢ়াই দিয়া হৰ। বিশদ তথ্যৰ বাবে আপোলাৰ সৈতে যোগাযোগ কৰাৰ সময়ত কাৰ্যকৰ্মৰ বিষয়সকলক সহযোগ কৰিবলৈ আপোলাৰ অনুৰোধ কৰা হৈল। অনুগ্ৰহ কৰি আপোলাৰ সকলোবোৰ তথ্য নাথাকিলেও প্রতিবেদন জলাত্তেক।

**Suspected Adverse Drug Reaction Reporting Form**  
#For Voluntary Reporting of ADRs by Public or Healthcare Professionals

**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 সম্পূর্ণভাৱে গোপনীয় বথা হব আৰু সম্পূর্ণভাৱে সুৰক্ষিত বথা হব। ৰাজহাঁ অজুবোধৰ সহাবিষয়ৰ কাৰ্যক্রমৰ কৰ্মচাৰীয়ে প্ৰতিবেদকৰ পৰিচয় প্ৰকাশ কৰিব দুলি আপা কৰা নহয় আৰু এনে নকৰে।

**Instructions to Complete the Reporting Form**

প্ৰতিবেদন প্ৰপত্ৰ পূৰণ কৰাৰ নিৰ্দেশাবলী

**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 আধাৰ আৰু উপাধিৰ প্ৰথম আধাৰ লিখি শৰ্মা-প্ৰিচ্ছ।
- ✓ ব্যক্তিগত তথ্য প্ৰদান কৰিব (লিংগ, বয়স)।

**বিভাগ ২ - স্বাস্থ তথ্য**

- ✓ ঔষধসমূহ (খোৱাৰ কাৰণ(সমূহ) আৰু ঔষধৰ পৰামৰ্শ দিয়া বাকি (চিকিৎসক, ফার্মাচিষ্ট, বক্স/আঞ্চলীয় আৰু নিজে)ৰ বিষয়ে কওঁক।

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

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

**বিভাগ ৪ - খাই থকা/খোৱা ঔষধৰ বিৱৰণ**

- ✓ পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ সৃষ্টি কৰা ঔষধৰ বিষয়ে সকলাবোৰ বিৱৰণ প্ৰদান কৰক (ঔষধৰ নাম, খোৱা ঔষধৰ পৰিমাণ, ম্যাদ উকলি যোৱা তাৰিখ, ঔষধ আৰষ্ট কৰা আৰু বন্ধ কৰা তাৰিখ)
- ✓ অনুগ্ৰহ কৰি পালিৰ বৃগু লিখিব (টেবলেট, কেপচুল, ইনজেকচন, মুখেৰে (খোৱা জুলীয়া দ্ৰব্য) আৰু যদিহে অনন্য তেন্তে অনুগ্ৰহ কৰি উল্লেখ কৰক।

**বিভাগ ৫ - পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বিষয়ে**

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

**বিভাগ ৬ - পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ কিমান বিৰুগ আছিল**

- ✓ অনুগ্ৰহ কৰি প্ৰযোজা বাকচসমূহত টিক টিক দিব।

**বিভাগ ৭ - পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বৰ্ণনা কৰক**

- ✓ অনুগ্ৰহ কৰি পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱৰ বৰ্ণনা কৰক আৰু পাৰ্শ্ব প্ৰভাৱ পৰিহানৰ বাবে কি চিকিৎসা লৈছিল তাৰ বৰ্ণনা কৰক।

Thank you for taking the time to complete this form

এই প্ৰপত্ৰ পূৰণ কৰিবলৈ সময় দিয়াৰ বাবে ধন্যবাদ।