

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.

ரகசியம் பாதுகாக்கப்படுதல்: நோயாளியின் அடையாளம் மிக ரகசியமாகப் பாதுகாக்கப்படும். முடிந்த அளவு முழு விவரங்களும் ரகசியமாக வைக்கப்படும். பொதுமக்கள் கேட்டுக்கொண்டால் புகார் அளித்தவரின் அடையாளத்தைத் திட்டப் பணியில் உள்ள அலுவலர் தடுவர் என யாரும் எதிர்பார்க்க வேண்டாம்; அவர் தரவும் மாட்டார்.

Instructions to Complete the Reporting Form
புகார் படிவத்தைப் பூர்த்தி செய்வதற்கான குறிப்புகள்

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 medicine(s) and medicines advised by (Doctor, Pharmacist, 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 Medicine(s) (Name of Medicines, Quantity of Medicines taken, Expiry Date, start and stop date Medicines) that have caused side effect.
- ✓ Please provide Dosage form (Tablets, Capsule, injection), 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 side effect.

பிரிவு -1 - நோயாளியின் விவரங்கள்

- ✓ நோயாளியின் முதலெழுத்துக்கள் என்ற இடத்தில், முதல் பெயரின் முதலெழுத்தையும், குடும்ப பெயரின் முதல் எழுத்தையும் எழுதவும் (எ.டு. பிரதீப் ஷர்மா - பி.எஸ்).
- ✓ தனிப்பட்ட விவரங்களைத் தரவும் (பால், வயது).

பிரிவு -2 - உடல்நலம் பற்றிய தகவல்

- ✓ மருந்துகளை உட்கொள்வதற்கான காரணங்களைக் குறிப்பிடவும். மருந்துகளைப் பரிந்துரைத்தவர் பற்றிக் (டாக்டர், மருந்தாளுவர், நண்பர்கள் / உறவினர்கள் மற்றும் தானே கயமாக) குறிப்பிடவும்.

பிரிவு -3 -பக்க விளைவுகள் குறித்து புகார் அளிக்கும் நபரின் விவரங்கள்

- ✓ பெயர் (விருப்பப்பட்டால்), முகவரி, தொலைபேசி எண், இ-மெயில் ஆகியவை புகார் குறித்து மதிப்பீடு செய்ய கட்டாயமாகத் தேவை.

பிரிவு-4 - எடுத்துக் கொள்ளும் / எடுத்துக்கொண்ட மருந்தின் விவரங்கள்

- ✓ பக்க விளைவுகளை ஏற்படுத்திய மருந்துகளின் பெயர், உட்கொண்ட மருந்துகளின் அளவு, காலவதி தேதி, மருந்துகளை உட்கொள்ளத் தொடங்கிய தேதி, மருந்துகளை நிறுத்திய தேதி).
- ✓ உட்கொண்ட மருந்தின் வடிவம் பற்றி தயவு செய்து குறிப்பிடவும் (மாதிரிகள்கள், கேப்சுலுல், ஊசிகள, வாய்வழி திரவம்). இது இல்லாமல் வேறு ஏதாவது வகையில் விவரமாகக் குறிப்பிடவும்.

பிரிவு-5 - பக்க விளைவுகள் பற்றிய விவரம்

- ✓ பக்க விளைவு ஆரம்பித்த தேதி மற்றும் நின்ற தேதிகளைக் குறிப்பிடவும். பக்க விளைவு இப்போதும் உள்ளதா என்பது குறித்தும் தெரிவிக்கவும்.

பிரிவு-6 - பக்க விளைவு எந்த அளவிற்கு மோசமானதாக இருந்தது

- ✓ பொருத்தவரும் பெட்டிகளில் தயவுசெய்து டிக் செய்யவும்

பிரிவு-7 - பக்க விளைவு பற்றிய தகவல்களை விவரித்து எழுதவும்

- ✓ பக்க விளைவு பற்றிய விவரங்களைத் தயவு செய்து விவரித்து எழுத இந்த பக்க விளைவைச் சமாளிக்க எந்த வகையான சிகிச்சையை எடுத்துக் கொண்டீர்கள்.