

|                                                                                                                                 |                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                                                | <b>GREENSIGNAL BIO PHARMA PRIVATE LIMITED</b>                    |
|                                                                                                                                 | No.49, Pappankuppam Village, Gummidipoondi,<br>Chennai – 601201. |
| <b>Suspected Adverse Drug Reaction Reporting Form</b><br>#For Voluntary Reporting of ADRs by Public or Healthcare Professionals |                                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>1. Patient Details/દર્દીની વિગત</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
| Patient Initials/દર્દીના પ્રથમ અક્ષરો : <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Gender/ જાતિ (V): Male/ પુરુષ <input type="checkbox"/> Female/ મહિલા <input type="checkbox"/> Other/ અન્ય <input type="checkbox"/> | Age (Year or Month)/ ઉંમર (વર્ષ કે મહિના) : <input type="text"/>               |                                                                                           |                                                   |
| <b>2. Health Information/ આરોગ્યની માહિતી</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
| a. Reason(s) for taking medicine(s) (Disease/Symptoms)/ દવા (દવાઓ) લેવા માટેનું કારણ(કારણો) (રોગ/લક્ષણો):                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
| b. Medicines Advised by/ દવા લેવાની સલાહ આપનાર (V): Doctor/ ડોક્ટર <input type="checkbox"/> Pharmacist/ ફાર્માસિસ્ટ <input type="checkbox"/> Friends/Relatives / મિત્રો/સંબંધી <input type="checkbox"/><br>Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ પોતે (અગાઉ રોગનો અનુભવ/અગાઉ રોગનો અનુભવ નહીં) <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
| <b>3. Details of Person Reporting the Side Effect/ આડઅસર જણાવતા હોય તે વ્યક્તિની વિગત</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
| a. Name (Optional)/ નામ (વૈકલ્પિક):                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
| b. Address/ સરનામું:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
| Telephone No./ ટેલીફોન નંબર:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                    |                                                                                | Email/ ઇમેઇલ:                                                                             |                                                   |
| <b>4. Details of Medicine Taking/Taken/ દવાઓ લેતા હો/લીધી હોય તેની વિગતો</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
| Name of Medicines/ દવાઓનું નામ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ લીધેલ દવાનું પ્રમાણ (દા. ત. 250 મિલીગ્રામ, દરરોજ બે વખત)               | Expiry Date of Medicines/ દવાઓની એક્સપાયરી તારીખ                               | Date of Start of Medicines/ દવાઓ શરૂ કર્યાની તારીખ                                        | Date of Stop of Medicines/ દવાઓ બંધ કર્યાની તારીખ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                    | dd/mm/yy                                                                       | dd/mm/yy                                                                                  | dd/mm/yy                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                    | dd/mm/yy                                                                       | dd/mm/yy                                                                                  | dd/mm/yy                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                    | dd/mm/yy                                                                       | dd/mm/yy                                                                                  | dd/mm/yy                                          |
| Dosage form/ દવાનું સ્વરૂપ (V): Tablet/ ગોળી <input type="checkbox"/> Capsule/ કેપ્સ્યુલ <input type="checkbox"/> Injection/ ઇન્જેક્શન <input type="checkbox"/> Oral Liquids/ મુખ વાટે પ્રવાહી <input type="checkbox"/><br>If Others (Please Specify.....)/ જો અન્ય (સ્પષ્ટ કરો.....)                                                          |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
| <b>5. About the Side Effect/ આડઅસર વિશે</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
| When did the side effect start?/ આડઅસર ક્યારે શરૂ થઈ હતી?                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                    | dd/mm/yyyy                                                                     | Side Effect is still Continuing ( Yes/No)/ આડઅસર ચાલુ છે (હા/ના) <input type="checkbox"/> |                                                   |
| When did the side effect stop?/ આડઅસર ક્યારેય બંધ થઈ હતી?                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                    | dd/mm/yyyy                                                                     |                                                                                           |                                                   |
| <b>6. How bad was the Side Effect? (Please ✓ the boxes that Apply)/ આડઅસર કેટલી ખરાબ હતી? (મહેરબાની કરીને લાગુ પડે તે બોક્સ પર ✓ કરો)</b>                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Did not affect daily activities/ રોજિંદી કામગીરી પર અસર કરતી નહોતી                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Affect daily activities/ રોજિંદી કામગીરીને અસર થઈ હતી |                                                                                           |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Admitted to hospital/ હોસ્પિટલમાં દાખલ કર્યા હતા                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Death/ મૃત્યુ                                         |                                                                                           |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Others/ અન્ય                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                    |                                                                                |                                                                                           |                                                   |
| <b>7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ આડઅસર જણાવો (આડઅસર નિવારવા તમે શું કર્યું હતું?)</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.

આ રિપોર્ટિંગ સ્વૈચ્છિક છે, કોઈ કાયદેસર સૂચિતાર્થ સામેલ નથી અને દર્દીની સલામતી સુધારવાનો હેતુ છે. તમારી સક્રિય સહભાગીતા મૂલ્યવાન છે. આ ફોર્મમાં આપવામાં આવતી માહિતી ફોલોઅપ માટે એડીઆર મોનિટરિંગ સેન્ટરને મોકલવામાં આવશે. તેઓ વધુ વિગત માટે તમારો સંપર્ક કરે ત્યારે સહકાર આપવા તમને વિનંતી છે. તમામ માહિતી ન હોય તો પણ મહેરબાની કરીને જોડતી માહિતી હોય તે આપો.

**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.

ગોપનીયતા: દર્દીની ઓળખ ગુપ્ત રાખવામાં આવે છે અને સંપૂર્ણપણે સુરક્ષિત છે. પ્રોગ્રામ સ્ટાફ જાહેર વિનંતીના પ્રતિસાદમાં ઓળખ જાહેર કરશે તેવી અપેક્ષા નથી અને રિપોર્ટરની ઓળખ જાહેર કરશે નહીં.

**Instructions to Complete the Reporting Form**

રિપોર્ટિંગ ફોર્મ પૂર્ણ કરવાના સૂચનો

**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 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 side effect.

**વિભાગ 1 – દર્દીની વિગત**

- ✓ દર્દીના શરૂઆતના માહિતીમાં નામનો પ્રથમ અક્ષર અને અટકનો પ્રથમ અક્ષર લખો (દાખલા તરીકે, પ્રદીપ શર્મા-પીએસ).
- ✓ વ્યક્તિગત માહિતી આપો (જાતિ, ઉંમર).

**વિભાગ 2- આરોગ્યની માહિતી**

- ✓ દવાઓ લેવા માટેનું કારણ(કારણો) અને (ડોક્ટર, ફાર્માસિસ્ટ્સ, મિત્રો/સંબંધીઓ અને પોતે) દ્વારા સૂચિત દવાઓ જણાવો.

**વિભાગ 3 – આડઅસર વિશે જણાવતા હોય તે વ્યક્તિની વિગત**

- ✓ રિપોર્ટની આકારણી કરવા જરૂરી નામ (વૈકલ્પિક), સરનામું; ટેલીફોન નંબર અને ઇમેઇલ આપો.

**વિભાગ 4 – લેવામાં આવતી/લીધેલી દવાની વિગત**

- ✓ આડઅસર માટે કારણભૂત દવાઓ વિશેની તમામ વિગત આપો (દવાનું નામ, લીધેલ દવાનું પ્રમાણ, એક્સપાયરેશની તારીખ, દવા લેવાની શરૂઆત કર્યાની બંધ કર્યાની તારીખ).
- ✓ મહેરબાની કરીને દવાના સ્વરૂપ વિશે જણાવો (ગોળી, કેપ્સ્યુલ, ઇન્જેક્શન્સ, મુખ વાટે લેવાતું પ્રવાહી) અને જો અન્ય કોઈ હોય તો સ્પષ્ટ કરો.

**વિભાગ 5 – આડઅસર વિશે**

- ✓ આડઅસર શરૂ થવાની અને બંધ થવાની તારીખો જણાવો તેમજ આડઅસર ચાલુ છે કે કેમ તે પણ સ્પષ્ટ કરો.

**વિભાગ 6 – આડઅસર કેટલી ખરાબ હતી**

- ✓ મહેરબાની કરીને લાગુ પડે તે યોગ્ય ખાનાઓમાં ટિક માર્ક કરો.

**વિભાગ 7- આડઅસરનું વર્ણન**

- ✓ મહેરબાની કરીને આડઅસરની વિગતો અને તેને દૂર કરવા શું સારવાર લીધી છે તે જણાવો.

Thank you for taking the time to complete this form. આ ફોર્મ ભરવા માટે સમય ફાળવવા બદલ આપનો આભાર.