

**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/ রোগীর বিবরণ**

Patient Initials/ রোগীর আনন্দকর:	<input type="text"/> <input type="text"/>	Gender/ লিঙ্গ (V): Male/ পুরুষ <input type="checkbox"/> Female/ মহিলা <input type="checkbox"/> Other/ অন্যান্য <input type="checkbox"/>	Age (Year or Month)/ বয়স (বছর বা মাস):
-------------------------------------	---	--	--

2. Health Information/ স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য

a. Reason(s) for taking medicine(s)/Disease/Symptoms)/ ওষুধ নেওয়ার কারণ (গুলি) (রোগ/উপসর্গ):

b. Medicines Advised by/ ওষুধের পরামর্শদাতা (V): Doctor/ ডাক্তার Pharmacist/ ফার্মাসিস্ট Friends/Relatives/ বন্ধু/আত্মীয়
Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ (বিগত রোগের অভিজ্ঞতা/বিগত রোগের কোনো অভিজ্ঞতা নেই) **3. Details of Person Reporting the Side Effect/ পার্সনেল প্রতিক্রিয়া প্রতিবেদনকর্তা.**

Name (Optional)/ নাম (ঝোঁক্ক):

Address/ ঠিকানা:

Telephone No/ টেলিফোন নং:

Email/ ইমেইল:

4. Details of Medicine Taking/Taken/ নেওয়া/নিষ্ঠেন ওষুধের বিবরণ

Name of Medicines/ ওষুধের নাম	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day) / (নেওয়া ওষুধের পরিমাণ (যেমন 250 মিলিগ্রাম, দিনে দুই বার)	Expiry Date of Medicines/ ওষুধের মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ	Date of Start of Medicines/ ওষুধ নেওয়া শুরু করার তারিখ	Date of Stop of Medicines/ ওষুধ নেওয়া বন্ধ করার তারিখ
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy

Dosage form/ প্রকার(V) : Tablet/ ট্যাবলেট Capsule/ কাপ্সুল Injection/ ইনজেকশন Oral Liquids/ মৌখিক তরল
 If Others (Please Specify.....) / অন্যান্য কিছু থাকে (দয়া করে উল্লেখ করুন.....)**5. About the Side Effect/ পার্সক্রিয়ার সম্বন্ধে**When did the side effect start?/ পার্সক্রিয়া কখন থেকে শুরু হয়? dd/mm/yy Side Effect is still Continuing (Yes/No)/When did the side effect stop?/ পার্সক্রিয়া কখন থেকে বন্ধ হয়েছে? dd/mm/yy পার্সক্রিয়া অবাহত রয়েছে (হ্যাঁ/না): dd/mm/yy**6. How bad was the Side Effect? (Please V the boxes that Apply)/ পার্সক্রিয়া কতটা খারাপ ছিল? (গুরোজ বারে V গুরোগ করুন)** Did not affect daily activities/ 'দৈনন্দিন কাজকর্ম' কে প্রভাবিত করে নি Affect daily activities/ 'দৈনন্দিন কাজকর্ম' কে বাহ্যিক করে Admitted to hospital/ হাসপাতালে ভর্তি করা হয় Death/ মৃত্যু Others/ অন্যান্য**7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ পার্সক্রিয়া কর্মসূল (পার্সক্রিয়া কে সামলানোর জন্য আপনাকে কি করতে হয়েছে?)**

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 রিপোর্টিং মোকাবিত, এতে কোন আইনি সংশয় নেই এবং রোগীর নিরাগণা উন্নত করাই এর উদ্দেশ্য। এই ফর্ম নেওয়া তত্ত্ব প্রকরণী ব্যবহার করা হলো এ. ডি. আর. মনিটরিং সেটার কে পাঠানো হবে আপনার কাছে প্রগ্রাম কর্মকর্তাদের সাথে সহযোগিতা করতে অনুরোধ করা হচ্ছে, যখন তারা আরো বিভিন্ন বিবরণের জন্য আপনার সাথে যোগাযোগ করবেন। আপনার কাছে সময় তারের বিবরণ না থাকলেও দয়া করে রিপোর্টকরুন।

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: রোগীর পরিচয় গোপন রাখা হয় এবং সর্বসময় তা রক্ষা করা হয়। প্রোগ্রাম কর্মীদের কাছে আশ্চর্য করা হয় যে তারা ভালগুণ থেকে পাওয়া অনুরোধের দরশন প্রতিক্রিয়ার প্রতিবেদকের পরিচয় প্রকাশ করবেন না।

Instructions to Complete the Reporting Form

ফর্ম প্রণ করার জন্য নির্দেশাবলী

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.

অনুচ্ছেদ 1 - রোগীর বিবরণ

- ✓ রোগীর আলফর, নাম ও পদবীর প্রথম অক্ষর লিখুন (যেমন প্রদীপ শর্মা-পি)
- ✓ বাক্তিগত তথ্য (লিঙ্গ, বয়স) লিখুন

অনুচ্ছেদ 2 - স্বাস্থ্য সম্বন্ধে তথ্য

- ✓ (ডাক্তার, ফার্মাসিস্ট, বনু/আমীর এবং স্বাস্থ্য দ্বারা পরামর্শ দেওয়া ওযুক্ত এবং ওযুক্ত গ্রহণ করার কারণ (গুলি) দিন।

অনুচ্ছেদ 3 - পার্শ্বক্রিয়া প্রতিবেদনকর্তার বিবরণ

- ✓ টিপেট মূল্যায়নের জন্য নাম (প্রিচৰ্ক), ঠিকানা, টেলিফোন নং, ও ইমেইল প্রদান করার প্রয়োজন।

অনুচ্ছেদ 4 - নেওয়া/নিষ্ঠেন এমন ওযুক্ত বিবরণ

- ✓ পার্শ্বক্রিয়া সৃষ্টিকারী ওযুক্ত সম্পর্কে সমত বিবরণ দিন (ও ওযুক্ত নাম, নেওয়া ওযুক্ত গ্রিমাণ, মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ, ওযুক্ত নেওয়া শুরু ও বন্ধ করার তারিখ)
- ✓ দয়া করে প্রকার উপরে করুন (ট্যাবলেট, কাপসুল, ইনজেকশন, মৌলিক তরল বা জল ফিল্ট থাকে)

অনুচ্ছেদ 5 - পার্শ্বক্রিয়া সম্পর্কে

- ✓ পার্শ্বক্রিয়া আরম্ভ এবং শেষ হওয়ার তারিখ এবং পার্শ্বক্রিয়া অব্যাহত আছে কিনা তার উপরে করুন।

অনুচ্ছেদ 6 - পার্শ্বক্রিয়া কিভাবে (কেটা খারাপ ছিল)

- ✓ গ্রয়েজ বারাগুলিতে ✓ টিক চিক গ্রয়েজ করুন।

অনুচ্ছেদ 7- পার্শ্বক্রিয়ার বর্ণনা করুন

- ✓ পার্শ্বক্রিয়া বিবরিত বর্ণনা দিন এবং সেজন কি চিকিৎসা করা হয় তার উপরে করুন।

Thank you for taking the time to complete this form /

এই ফর্মটি প্রণের জন্য সময় দেওয়াতে আপনাকে ধন্যবাদ