



## फॉर्म: एडीआर माहितीचे संकलन

प्रतिकूल घटनेची तक्रार

पृष्ठ २ पैकी २

सहभागी औषधे

औषधाचे नाव		मात्रा	उपचाराच्या तारखा (पासून) (पर्यंत)		वापरण्याचे कारण
ब्रँड नाव	मूळ नाव		दिवस/महीने/वर्ष	दिवस/महीने/वर्ष	

संशयित औषधाविरुद्ध घेतलेली कृती (सर्व योग्य माहिती चिन्हांकित करा)

<input type="checkbox"/> कोणतीही कारवाई केलेली नाही	<input type="checkbox"/> काढणे	<input type="checkbox"/> उपचार घेतला
-----------------------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

औषध थांबविल्यानंतर प्रतिक्रिया पुन्हा दिसल्या का?

 होय  नाही  लागू नाही  अज्ञात

औषधे पुन्हा घेतल्यानंतर प्रतिक्रिया परत घडल्या का ?

 होय  नाही  लागू नाही  अज्ञात

रुग्णाचे परिणाम/ एई

<input type="checkbox"/> पूर्णपणे रोगमुक्त	स्वस्थ होण्याची तारीख:	दिवस/महीने/वर्ष	<input type="checkbox"/> स्थिती अद्याप उपस्थित किंवा बदल न झालेली
<input type="checkbox"/> रोगमुक्त झाल्यानंतर गंभीर रोगांची पुनर्प्राप्ती			<input type="checkbox"/> स्थिती बिघडली
<input type="checkbox"/> स्थिती सुधारत आहे			<input type="checkbox"/> मृत्यू शवविच्छेदन : <input type="checkbox"/> नाही <input type="checkbox"/> होय

कारणाचे आकलन

 संभाव्य  शक्य  संबंधित नाही  अज्ञात

बातमीदाराची माहिती:

नाव, पत्ता, दूरध्वनी क्रमांक आणि बातमीदाराचा ईमेल	या अहवालाची दिनांक दिवस/महीने/वर्ष
	<input type="checkbox"/> आरोग्यसेवा व्यावसायिक <input type="checkbox"/> उपभोक्ता <input type="checkbox"/> अन्य
	स्वाक्षरी: प्रेषक संपर्क तपशील: मॅक्लिओडस फार्मास्युटिकल्स लि. आर अँड डी ५, प्लॉट नंबर-१९, रोड नंबर - ०९, मरोल इंडस्ट्रियल एरिया, अंधेरी (पूर्व), मुंबई - ४०० ०९३, भारत. ईमेल आईडी: <a href="mailto:safety@macleodspharma.com">safety@macleodspharma.com</a> टोल फ्री नंबर: १-८००-२६७-१२२२