

संदिग्ध प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया विवरण प्रपत्र

(स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारी/उपभोक्ता द्वारा प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया का विवरण)

हेटेरो लैब्स लिमिटेड, 7-2-A2, हेटेरो कॉर्पोरेट इंडस्ट्रीयल एस्टेट्स, सनथ नगर, हैदराबाद- 500 018. तेलंगाना, भारत

<b>*A. रोगी सूचना</b>				<b>एडीआर विवरण सं. :</b>								
1. रोगी आद्याक्षर	2. घटना के समय आयु या जन्म तिथि	3. पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> अन्य <input type="checkbox"/>	आर्गस केस आईडी /वर्ल्डवाइड यूनिफ नं. :									
		4. वजन _____ किग्रा कद _____ सेमी.	विवरण का प्रकार: प्रारंभिक <input type="checkbox"/> अनुवर्ती <input type="checkbox"/>									
<b>*B. संदिग्ध प्रतिकूल प्रतिक्रिया</b>				12. दिनांक के साथ प्रासंगिक परीक्षण/प्रयोगशाला के निष्कर्ष								
5. घटना/प्रतिक्रिया प्रारंभ तिथि (दिन/महीना/साल)				13. रोगी की प्रासंगिक चिकित्सा/दवा के इतिहास								
6. घटना/ प्रतिक्रिया रूकने की तिथि (दिन/महीना/साल)												
7. उपचार विवरण के साथ घटना/प्रतिक्रिया का वर्णन करें, यदि कोई हो तो												
				14. प्रतिक्रिया की गंभीरता: हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> (यदि हाँ, तो कृपया किसी एक को चिह्नित करें) <input type="checkbox"/> मृत्यु (दिन/महीना/साल) <input type="checkbox"/> जीवन घातक <input type="checkbox"/> अस्पताल में भर्ती (प्रारंभिक/दीर्घकालीन) <input type="checkbox"/> जन्मजात-विसंगति <input type="checkbox"/> विकलांगता <input type="checkbox"/> अन्य चिकित्सकीय रूप से महत्वपूर्ण								
				15. निष्कर्ष <input type="checkbox"/> ठीक हो गया <input type="checkbox"/> ठीक हो रहा है <input type="checkbox"/> ठीक नहीं हुआ <input type="checkbox"/> मृत्यु <input type="checkbox"/> बीमारी ठीक हो जाने के बाद पुनर्प्राप्त <input type="checkbox"/> अज्ञात								
<b>*C. संदिग्ध दवा(यें)</b>												
क्र.सं.	8. नाम (ब्रांड/सामान्य नाम)	निर्माता (यदि पता हो)	दल नं./ लॉट नं.	समाप्ति तिथि (यदि पता हो)	प्रयुक्त खुराक	उपयोग का मार्ग	आवृत्ति (दिन में एक बार, दिन में दो बार, आदि.)	चिकित्सा तिथियाँ आरंभ करने की तिथि		संकेत	कारणता आकलन	
i												
ii												
iii												
iv												
क्र. सं.	9. संदिग्ध औषधि के साथ की गई कार्रवाई (कृपया चिह्नित करें)							10. दवा की पुनरांभ करने के बाद प्रतिक्रिया फिर से प्रकट हुई (कृपया चिह्नित करें)				
	दवा बंद कर दी गई	दवा बढ़ा दी गई	दवा कम कर दी गई	दवा में कोई बदलाव नहीं	लागू नहीं	अज्ञात	हाँ	नहीं	प्रभाव	अज्ञात	खुराक (यदि फिर से दी गई)	
i												
ii												
iii												
iv												

संदिग्ध प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया विवरण प्रपत्र

(स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारी/उपभोक्ता द्वारा प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया का विवरण)

हेटेरो लैब्स लिमिटेड, 7-2-A2, हेटेरो कॉर्पोरेट इंडस्ट्रीयल एस्टेट्स, सनथ नगर, हैदराबाद- 500 018. तेलंगाना, भारत

11. सहवर्ती दवा (यें)

क्र. सं.	नाम (ब्रांड/सामान्य नाम)	प्रयुक्त खुराक	उपयोग का मार्ग	आवृत्ति (दिन में एक बार, दिन में दो बार, आदि.)	चिकित्सा तिथियाँ		संकेत
					आरंभ करने की तिथि	बंद करने की तिथि	
i							
ii							
iii							

अतिरिक्त जानकारी:

**\*D. संवाददाता जानकारी**

16. नाम और व्यावसायी पता:

पिन: \_\_\_\_\_ ई-मेल \_\_\_\_\_

टेल. नं. (एसटीडी कोड के साथ) \_\_\_\_\_

व्यवसाय: \_\_\_\_\_

हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

17. इस विवरण की तिथि (दिन/महीना/साल):

हेल्पलाइन कॉल/संदेश प्राप्त करने वाले:

(प्राप्त करने वाले का नाम व हस्ताक्षर)

नोट: कृपया अनिवार्य चिह्नित को भरें (\*)

हेटेरो को प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया की सूचना देने के लिए

हेटेरो लैब्स लिमिटेड,  
7-2-A2, हेटेरो कॉर्पोरेट, इंडस्ट्रीयल  
एस्टेट्स, सनथ नगर, हैदराबाद - 500  
018. तेलंगाना, भारत

टेलिफोन: +91 40 23704923/24/25

फैक्स: +91-40 23813359

ईमेल: [ae.pvg@heterodrugs.com](mailto:ae.pvg@heterodrugs.com) (वैश्विक मामलों के लिए)  
[drugsafetyindia@heterodrugs.com](mailto:drugsafetyindia@heterodrugs.com) (भारत के लिए)



हेल्पलाइन/

1800-120-8689 (नि:शुल्क) पर हमें कॉल करें

(सुबह 9:00 बजे से शाम 6:00 बजे तक

सोमवार-शुक्रवार/ सभी कार्य दिवस).