



PVEX-F02.03 - प्रतिकूल घटना रिपोर्ट फ़ॉर्म

प्रवेश को प्रभावी बनाने के लिए हस्ताक्षर:

प्रभावी तारीख:

मंजूरी की तारीख:

I. रिपोर्ट जानकारी

1. स्थानीय केस आई डी	3. रिपोर्टर का स्रोत <input type="checkbox"/> स्वास्थ्य देखभाल कर्ता <input type="checkbox"/> अध्ययन <input type="checkbox"/> साहित्य <input type="checkbox"/> नियामक अधिकारी <input type="checkbox"/> मरीज़/उपभोक्ता	4. अन्य केस आई डी <i>(स्वास्थ्य अधिकारी आई डी पार्टनर्स की आई डी, क्वालिटी कम्प्लेंट आई डी, मेडीकल क्वेरी आई डी...आदि)</i>
2. केस का प्रारूप <input type="checkbox"/> प्रारंभिक रिपोर्ट <input type="checkbox"/> फॉलो-अप रिपोर्ट		
5. प्रारंभिक रसीद तारीख	6. फॉलो अप 1 रसीद तारीख	7. फॉलो अप 2 रसीद तारीख <i>अगर आवश्यक हो तो कृपया अनुवर्ती फॉलो-अप तारीख अवश्य लिखें</i>

II. रिपोर्टर जानकारी

8. रिपोर्टर की योग्यता <input type="checkbox"/> डॉक्टर <input type="checkbox"/> फार्मासिस्ट <input type="checkbox"/> अन्य स्वास्थ्य देखभाल प्रादाता <input type="checkbox"/> नियामक अधिकारी <input type="checkbox"/> मरीज़/उपभोक्ता	9. रिपोर्टर का नाम, योग्यता एवं सम्पर्क संबंधी जानकारी <i>(स्पेनिश केस नं रिपोर्टर के क्षेत्र की जानकारी अनिवार्य है) (मरीज़/उपभोक्ता के विवरण को बेनाम रखें)</i>
--	--

III & IV. मरीज़ की जानकारी एवं प्रतिक्रिया संबंधी विवरण

10. घटित होने वाला देश	11. जन्म तारीख दिन माह वर्ष	12. आयु (वर्ष)	13. स्त्री/पुरुष	14. प्रतिक्रिया शुरू होने की तारीख दिन माह वर्ष	15. निम्नलिखित में से उचित विवरण को चुने <input type="checkbox"/> घातक <input type="checkbox"/> जानलेवा <input type="checkbox"/> लंबे समय तक मरीज़ का अस्पतालीकरण <input type="checkbox"/> काफी ज़्यादा विकलांगता या असमर्थता <input type="checkbox"/> अन्य महत्वपूर्ण चिकित्सीय घटना <input type="checkbox"/> जन्मजात विसंगति/जन्मजात दोष
16. घटना का वर्णन करें <i>(कृपया इसमें लक्षण एवं संकेत, अंतिम निदान, संबंधित जांच और लैब के आंकड़े अवश्य शामिल करें)</i>					
17. विपरीत प्रभावों का निष्कर्ष <input type="checkbox"/> स्वस्थ हो गया/ ठीक हो गया <input type="checkbox"/> क्रमशः स्वस्थ हो गया/ठीक हो गया <input type="checkbox"/> पता नहीं				18. निष्कर्ष की तारीख दिन माह वर्ष	
<input type="checkbox"/> स्वस्थ हो रहा है/ठीक हो रहा है <input type="checkbox"/> स्वस्थ नहीं हुआ/ठीक नहीं हुआ <input type="checkbox"/> मृत्यु हो गई					

19. घातक परिणामों के लिए

(संबंधित ऑटोप्सी रिपोर्ट या पोस्टमार्टम निष्कर्ष)

मृत्यु का कारण:

ऑटोप्सी रिपोर्ट उपलब्ध:

हां (यदि हां तो कृपया प्रति उपलब्ध कराएं)

नहीं

पोस्टमार्टम निष्कर्ष:

V. संदिग्ध औषधि की जानकारी (अगर एक से अधिक हो तो कृपया खंड को दोहराएं)

20. संदिग्ध औषधि (प्रोडक्ट का नाम, सक्रिय घटक और स्थिति शामिल करें)

21. दैनिक खुराक (खुराकें)

22. देने का तरीका

23. बैच नंबर

(बायोलॉजिकल प्रोडक्ट के लिए अनिवार्य)

24. एक्सपायरी तारीख

25. उपयोग के लिए संकेत

26. उपचार शुरू करने की तारीख

27. उपचार की अंतिम तारीख

28. उपचार की अवधि

29. संदिग्ध औषधि के खिलाफ की गई कार्रवाई

अपरिवर्तित

खुराक कम करी गई

बढ़ाई गई खुराक

खुराक बंद कर दी गई

बंद करें - पुनः शुरू करने की तारीख:

कोई जानकारी नहीं

30. क्या औषधि उपचार बंद करने के बाद प्रतिक्रिया दूर हो गई?

हां

नहीं

लागू नहीं

31. क्या औषधि उपचार दोबारा शुरू करने के बाद प्रतिक्रिया फिर से दिखाई दी?

हां

नहीं

लागू नहीं

VI सहगामी दवाएं और पिछली चिकित्सीय जानकारी

32. सहगामी दवा (दवाएं), हर्बल दवाएं, फूड सप्लीमेंट्स

(यदि उपलब्ध हो तो कृपया संकेत, खुराक और दवा लेने की तारीख अवश्य शामिल करें)

33. संबंधित पिछली चिकित्सीय जानकारी

(जैसे जोखिमकारक घटक, एलर्जी, पारिवारिक चिकित्सीय जानकारी आदि)

VII. अतिरिक्त जानकारी

34. कारण आकलन

(संदिग्ध औषधि के साथ रिपोर्टर का अनौपचारिक आकलन)

संबंधित

शायद संबंधित

संभव है संबंधित हो

संबंधित होने की संभावना नहीं

संबंधित नहीं

पता नहीं

मूल्यांकन नहीं किया जा सकता

35. अन्य संबंधित जानकारी