

प्रतिकूल घटना का विवरण

२ में से पृष्ठ २

सहवर्ती दवाएं

दवा का नाम		खुराक	चिकित्सा तिथियां		उपयोग करने का कारण
ब्रांड का नाम	आम नाम		(से) दिन/महीना/साल	(तक) दिन/महीना/साल	

संदिग्ध औषधि के साथ की गई कार्रवाई (सभी उचित चिह्नित करें)

<input type="checkbox"/> कोई कार्रवाई नहीं की गयी	<input type="checkbox"/> निकाला गया	<input type="checkbox"/> इलाज किया गया
क्या दवा रोकने के बाद प्रतिक्रिया खत्म हो गई ?	क्या दवा की पुनरारंभ करने के बाद प्रतिक्रिया फिर से दिखाई दी?	
<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं <input type="checkbox"/> अज्ञात	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> लागू नहीं <input type="checkbox"/> अज्ञात	

मरीज के परिणाम / एई

<input type="checkbox"/> पूरी तरह से ठीक हो ग या	स्वस्थ होने की तारीख:	दिन/महीना/साल	<input type="checkbox"/> हालत अभी भी मौजूद है और अपरिवर्तित है
<input type="checkbox"/> बीमारी जाने के बाद होनेवाला गंभीर रोग के साथ पुनर्प्राप्त	<input type="checkbox"/> हालत बिगड़ गई		
<input type="checkbox"/> हालत में सुधार	<input type="checkbox"/> मौत शवपरीक्षण: <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> हाँ		

कारणत्व आकलन

<input type="checkbox"/> संभावित	<input type="checkbox"/> संभव	<input type="checkbox"/> कोई संबंध नहीं	<input type="checkbox"/> अज्ञात
----------------------------------	-------------------------------	---	---------------------------------

संवाददाता जानकारी:

नाम, पता, टेलीफोन क्रमांक और संवाददाता का ईमेल	इस विवरण की तारीख दिन/महीना/साल
	<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य देखभाल कर्मचारी <input type="checkbox"/> उपभोक्ता <input type="checkbox"/> अन्य
	हस्ताक्षर: यूप्लोइड फार्मास्यूटिकल्स प्राइवेट लिमिटेड के.नं.29/2, नं.15, द्वितीय तल, विनायक लेआउट, के.आर.पुरम, बैंगलोर – 560 036. ईमेल आईडी: safety.euploid@gmail.com