



MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

ଔଷଧର କୁପ୍ରବାହ ସୂଚନା ଫର୍ମ୍ (ଉପଭୋକ୍ତାଙ୍କ ନିମନ୍ତେ)

Indian Pharmacopoeia Commission, National Coordination Centre- Pharmacovigilance Programme of India,
Ministry of Health & Family Welfare, Government of India.

ଭାରତୀୟ ଉଷଧ ଆୟୋଗ, ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ ସହଯୋଗ କେନ୍ଦ୍ର, ଭାରତ ଉଷଧ ସତର୍କତା ଏବଂ ଫାର୍ମାକୋଭିଜିଲେନ୍ସ କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଏବଂ କଲ୍ୟାଣ
ମନ୍ତ୍ରାଳୟ, ଭାରତ ସରକାର ।

୧. ରୋଗୀର ବିବରଣୀ				
ରୋଗୀର ହସ୍ତାଖ୍ୟର: <input type="text"/>	ଲିଙ୍ଗ (✓): ପୁ. <input type="checkbox"/>	ସ୍ତ୍ରୀ. <input type="checkbox"/>	ଅନ୍ୟ <input type="checkbox"/>	ବୟସ (ବର୍ଷ କିମ୍ବା ମାସ): <input type="text"/>
୨. ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୂଚନା				
(କ) ଔଷଧ ସେବନ ର କାରଣ (ରୋଗ/ଲକ୍ଷ୍ୟ): <input type="text"/>				
(ଖ) ଔଷଧ ପରାମର୍ଶ ଦାତା (✓): ଡାକ୍ତର <input type="checkbox"/>				
ଫାର୍ମାଶିଷ୍ଟ <input type="checkbox"/>				
ବନ୍ଧୁ/ସମ୍ପର୍କୀୟ <input type="checkbox"/>				
ନିଜେ (ଅତୀତ ରୋଗର ଅଭିତ୍ୟତା / ଅତୀତ ରୋଗର ଅଭିତ୍ୟତା ନାହିଁ) <input type="checkbox"/>				
୩. କୁପ୍ରଭାବ ରିପୋର୍ଟ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ର ବିବରଣୀ				
ନାମ (ଇଞ୍ଜ୍ଠାଧିନ): <input type="text"/>				
ଠିକଣା: <input type="text"/>				
ଡେଲିଭେରୀ ନମ୍ବର: <input type="text"/>		ଇମେଲ୍: <input type="text"/>		
୪. ଔଷଧ ସେବନ କରିଥିବା/କରୁଥିବାର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ				
ଔଷଧର ନାମ	ଔଷଧ ର ପରିମାଣ (ଉଦାହରଣ ୨୫୦ ମି.ଗି. ଦିନକୁ ୨ ଥର)	ଔଷଧ ସମାପ୍ତ (ଏକ୍ସପାୟର) ର ତାରିଖ	ଔଷଧ ସେବନ ଆରମ୍ଭ କରିବାର ତାରିଖ	ଔଷଧ ସେବନ ବନ୍ଦ କରିବାର ତାରିଖ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd/mm/yy	dd/mm/yy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd/mm/yy	dd/mm/yy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd/mm/yy	dd/mm/yy
ଖୁରାକର ପ୍ରକାର (✓): ବଟିକା <input type="checkbox"/>				
କ୍ୟାପସୁଲ୍ <input type="checkbox"/>				
ଇନ୍ଞେକ୍ସନ୍ <input type="checkbox"/>				
ସିରପ୍ <input type="checkbox"/>				
ଯଦି ଅନ୍ୟକିଛି (ଦୟାକରି ଦର୍ଶାଅ.....) <input type="text"/>				
୫. କୁପ୍ରବାହ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ				
କୁପ୍ରବାହ ଆରମ୍ଭ କେବେ ହେଲା ?	<input type="text"/>	କୁପ୍ରଭାବ ଜାରି ଅଛି (ହଁ/ନା):	<input type="text"/>	
କୁପ୍ରବାହ ବନ୍ଦ କେବେ ହେଲା ?	<input type="text"/>			
୬. କୁପ୍ରଭାବ ର ଖ୍ୟତୀକାରିତା ? (ଦୟାକରି କୋଠରୀ ରେ ✓ ଦିଅନ୍ତୁ)				
<input type="checkbox"/> ଦୈନନ୍ଦିନ କାର୍ଯ୍ୟରେ ପ୍ରଭାବିତ ହେଉନଥିଲା	<input type="checkbox"/> ଦୈନନ୍ଦିନ କାର୍ଯ୍ୟରେ ପ୍ରଭାବିତ ହେଉଥିଲା			
<input type="checkbox"/> ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେଇଥିଲେ	<input type="checkbox"/> ପୁରୁଷ			
<input type="checkbox"/> ଅନ୍ୟ				
୭. କୁପ୍ରଭାବ ର ବର୍ଣ୍ଣନା (କୁପ୍ରଭାବ କୁ ରୋକିବା ପାଇଁ କ'ଣ କରିଛନ୍ତି?)				
<input type="text"/>				

ଏହି ସୂଚନା ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଅଟେ, ଏହାର କିଛି ବୈଧ ସମ୍ବନ୍ଧ ନାହିଁ । ରୋଗୀର ସୁରକ୍ଷା ହେଉଛି ଏହାର ଲକ୍ଷ୍ୟ । ଆପଣଙ୍କ ସକ୍ରୀୟ ଅଂଶଗ୍ରହଣ ମୂଲ୍ୟବାନ ଅଟେ, ଏହି ଫର୍ମ୍ ରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ସୂଚନା ପ୍ରତିକୂଳ ଔଷଧ ପ୍ରଭାବ କେନ୍ଦ୍ର କୁ ଅନୁସରଣ ପାଇଁ ପଠାଯିବ । ଯେତେବେଳେ କାର୍ଯ୍ୟକର୍ତ୍ତା ଅଧିକ ସୂଚନା ପାଇଁ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବେ ଆପଣଙ୍କୁ ସହଯୋଗ ପାଇଁ ଅନୁରୋଧ । ଆପଣଙ୍କ ପାଖରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ନଥିଲେ ମଧ୍ୟ ରିପୋର୍ଟ କରନ୍ତୁ ।

ଆପଣଙ୍କ ରିପୋର୍ଟ ଟେଲିଫୋନ୍ ଏବଂ ଫ୍ୟାକ୍ସ ରେ ପଠାନ୍ତୁ

ଭାରତୀୟ ଭେଷଜ ଆୟୋଗ,ରାଷ୍ଟ୍ରୀୟ ସହଯୋଗ କେନ୍ଦ୍ର, ଭାରତ ଭେଷଜ ସତର୍କତା ଏବଂ ଫାର୍ମାକୋଭିଜିଲାନା କାର୍ଯ୍ୟକ୍ରମ, ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ଏବଂ କଲ୍ୟାଣ ମନ୍ତ୍ରାଳୟ, ଭାରତ ସରକାର ।

ସେକ୍ଟର- ୨୩, ରାଜନଗର ଗାଜିଆବାଦ- ୨୦୧୦୦୨, ଉତ୍ତରପ୍ରଦେଶ

ଟେଲି: ୦୧୨୦- ୨୭୮୩୪୦୦, ୨୭୮୩୪୦୧, ୨୭ ୮୩୩୯୨

Fax/ଫ୍ୟାକ୍ସ- ୦୧୨୦-୨୭୮୩୩୧୧

ଇମେଲ୍ : pvpi.compat@gmail.com

ଅଧିକ ସୂଚନା ଜାଣିବା ପାଇଁ ଆମକୁ ସମ୍ପର୍କ କରନ୍ତୁ www.ipc.gov.in



ଆମକୁ ହେଲ୍ପଲାଇନ୍ ନାମ୍ବର ରେ ଫୋନ୍ କରନ୍ତୁ

୧୮୦୦-୧୮୦-୩୦୨୪ (ନିଶ୍ଚଳ)

(ସକାଳ ୯: ୦୦ ରୁ ସନ୍ଧ୍ୟା ୫ :୩୦ ସୋମବାର ରୁ ଶୁକ୍ରବାର)

ଗୋପନୀୟତା- ରୋଗୀ ର ପରିଚୟ ଗୋପନୀୟ ରଖାଯିବ ଏବଂ ପୂର୍ଣ୍ଣଭାବରେ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖାଯିବ । ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ଆଶା ଏବଂ ଅନୁରୋଧ କାର୍ଯ୍ୟକର୍ତ୍ତା ରିପୋର୍ଟେର୍ ପରିଚୟ ଗୋପନୀୟ ରଖିବେ ।

ଫର୍ମ ପୂରଣ କରିବାର ସୂଚନା

ବିଭାଗ -୧: ରୋଗୀ ର ବିବରଣୀ

- ✓ ରୋଗୀ ର ହସ୍ତାକ୍ଷର (ଉଦାହରଣ - ରେଣ୍ଡିକା ଭୋଇ (ରେଭୋ) ।
- ✓ ନିଜ ର ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସୂଚନା ଦିଅନ୍ତୁ (ଲିଙ୍ଗ, ବୟସ) ।

ବିଭାଗ - ୨: ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୂଚନା

- ✓ ଔଷଧ ର ବିବରଣୀ ଏବଂ ପରାମର୍ଶଦାତା ନାମ (ଡାକ୍ତର, ଫାର୍ମାସିଷ୍ଟ, ବନ୍ଧୁ/ ସମ୍ପର୍କୀୟ ଓ ନିଜେ) ।

ବିଭାଗ - ୩ : କୁପ୍ରଭାବ ର ରିପୋର୍ଟ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ର ବିବରଣୀ

- ✓ ବ୍ୟକ୍ତି ର ନାମ (ଇନ୍ସ୍ପିକ୍ଟର), ଠିକଣା, ଟେଲିଫୋନ ନମ୍ବର, ଇ-ମେଲ୍ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ ।

ବିଭାଗ - ୪: ସେବନ କରିଥିବା / କରୁଥିବା ଔଷଧ ର ବିବରଣୀ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ ।

- ✓ କୁପ୍ରଭାବ କରିଥିବା / କରୁଥିବା ଔଷଧ ର ପୁରା ବୀବରଣୀ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ (ଔଷଧ ନାମ, ଔଷଧ ର ପରିମାଣ,ସମାପ୍ତୀ(ଏକ୍ସପାଇରୀ) ର ତାରିଖ, ସେବନ ଆରମ୍ଭ ଏବଂ ବନ୍ଦ ତାରିଖ) ।
- ✓ ଦୟାକରି ଔଷଧ ଖୁରାକ ର ପ୍ରକାର ଦର୍ଶାନ୍ତୁ (ବଟିକା, କ୍ୟାପସୁଲ୍, ଇନ୍ଝେକ୍ସନ୍, ସିରପ୍ ଇତ୍ୟାଦି) ଏବଂ ଯଦି ଅନ୍ୟକିଛି ଦୟାକରି ଦର୍ଶାଅ ।

ବିଭାଗ - ୫ : କୁପ୍ରଭାବ ବିଷୟରେ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ

- ✓ କୁପ୍ରଭାବ ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ ଏବଂ ଶେଷ ହେବାର ତାରିଖ ।

ବିଭାଗ -୬ : କୁପ୍ରଭାବ ର କ୍ଷତିକାରିତା ।

- ✓ ଦୟାକରି ଦିଆଯାଇଥିବା କୋଠରୀରେ v ଚିହ୍ନ ଦିଅନ୍ତୁ ।

ବିଭାଗ - ୭ : କୁପ୍ରଭାବ ର ବିବରଣୀ ଦର୍ଶାନ୍ତୁ

- ✓ କୁପ୍ରଭାବ ର ବିବରଣୀ ଏବଂ କୁପ୍ରଭାବ ଦୁରୀକରଣ ପାଇଁ ନେଇଥିବା ଚିକିତ୍ସା ର ବିବରଣୀ ଲେଖନ୍ତୁ ।

ଏହି ଫର୍ମଟିକୁ ପୂରଣ କରିବା ପାଇଁ ସମୟ ଦେଇଥିବାରୁ ଧନ୍ୟବାଦ ।