

પ્રતિકૂળ ઘટનાની જાણ કરવાના ફોર્મનું ફોર્મેટ

કૃપા કરીને આ ફોર્મ આ સરનામે ટપાલથી મોકલો:

કેડિલા ફાર્માસ્યુટિકલ્સ લિમિટેડ

કોર્પોરેટ કેમ્પસ | ભાટ | સરખેજ ઘોળકા રોડ અમદાવાદ - 382210 | ગુજરાત, ભારત.

ફોન-+91-2718-251334, ટોલ ફ્રી: 18005325326

અથવા અહીં ઈમેઇલ કરો: Safety.cadila.global@cadilapharma.co.in

એ. દર્દી વિશેની માહિતી			
1. નામ અથવા પ્રથમાક્ષરો*:	3. લિંગ* :	4. ઉંચાઈ:	5. વજન:

2. ઉંમર: _____	<input type="checkbox"/> પુરુષ	_____ સેમી	_____ કિલો
અથવા	<input type="checkbox"/> સ્ત્રી		
જન્મ તારીખ:	<input type="checkbox"/> અન્ય		
____/____/____	6. દેશ:		
(દિદિ/મમ/વવવવ)			
બી. પ્રતિકૂળ ઘટના			
7. ઘટનાની ગંભીરતા:			
<input type="checkbox"/> મૃત્યુ	<input type="checkbox"/> કાયમી ખોડ/નુકસાન અટકાવવા માટે જરૂરી હસ્તક્ષેપ		
<input type="checkbox"/> હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું – શરૂઆતના તબક્કામાં અથવા લાંબા સમયથી	<input type="checkbox"/> વિકલાંગતા		
<input type="checkbox"/> જન્મજાત અસામાન્યતા	<input type="checkbox"/> જીવન માટે જોખમી		
8. ઘટનાની તારીખ:	9. આ બાબત જાણ કર્યાની તારીખ:		
____/____/____	____/____/____		
(દિદિ/મમ/વવવવ)	(દિદિ/મમ/વવવવ)		
10. ઘટના અથવા સમસ્યાનું વર્ણન કરો*:			
11. સંબંધિત પરીક્ષણો/લેબોરેટરી ડેટા (જો જરૂરી હોય, તો મેમો જોડો):			
12. પહેલેથી અસ્તિત્વમાં રહેલી તબીબી સ્થિતિઓ (દા.ત. એલર્જી, ગર્ભાવસ્થા, ધૂમ્રપાન અને દારૂનો ઉપયોગ, લિવર/મૂત્રપિંડ સંબંધિત કાર્યમાં ખામી વગેરે) સહિત અન્ય સંબંધિત ઇતિહાસ:			
સી. શંકાસ્પદ દવા			
13. નામ* (બ્રાન્ડ અને જનરિક)^	14. શક્તિ^	15. ઉત્પાદક^	
# 1 _____	# 1 _____	# 1 _____	
# 2 _____	# 2 _____	# 2 _____	
# 3 _____	# 3 _____	# 3 _____	
16. દૈનિક ડોઝ	17. આવર્તન	18. ઉપયોગમાં લેવાયેલ માર્ગ	
# 1 _____	# 1 _____	# 1 _____	
# 2 _____	# 2 _____	# 2 _____	
# 3 _____	# 3 _____	# 3 _____	

* ચિહ્ન કરેલ ફિલ્ડ ફરજિયાત છે. ^ = ઉત્પાદન લેબલમાંથી બરાબર ઉતારો કરો.

પ્રતિકૂળ ઘટનાઓની જાણ કરવા માટે

19. ઉપચારની તારીખો:		
શરૂ તારીખ (દિદિ/મમ/વવવવ)	અંત તારીખ (દિદિ/મમ/વવવવ)	અવધિ
# 1 _____	# 1 _____	# 1 _____
# 2 _____	# 2 _____	# 2 _____
# 3 _____	# 3 _____	# 3 _____
20. બેચ^	21. સમાપ્તિ તારીખ^	22. સંકેત
# 1 _____	# 1 _____	# 1 _____
# 2 _____	# 2 _____	# 2 _____
# 3 _____	# 3 _____	# 3 _____
23. શંકાસ્પદ દવા અટકાવી દીધા પછી ઘટનામાં ઘટાડો થયો	24. શંકાસ્પદ દવા ફરીથી શરૂ કર્યા પછી ઘટનામાં ફરીથી વધારો થયો	
<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના	<input type="checkbox"/> લાગુ પડતું નથી
<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના	<input type="checkbox"/> લાગુ પડતું નથી
25. સહવર્તી તબીબી ઉત્પાદનો (નામ, ડોઝ, આવર્તન અને ઉપયોગમાં લેવાયેલ માર્ગ) અને ઉપચારની તારીખો (દિદિ/મમ/વવવવ) (પ્રતિકૂળ ઘટનાની સારવાર માટે ઉપયોગમાં લેવાયેલી દવાઓને બાકાત રાખો):		
26. ઘટનાનું પરિણામ:		
<input type="checkbox"/> જીવલેણ	<input type="checkbox"/> સાજા થઈ ગયા	
<input type="checkbox"/> ચાલી રહી છે	<input type="checkbox"/> જાણ નથી	
<input type="checkbox"/> સાજા થઈ રહ્યાં છે	<input type="checkbox"/> અન્ય (જણાવો) _____	
ડી. જાણ કરનાર		
27. નામ:		
28. સરનામું:		
29. દેશ*:		
30. ફોન:		
31. ઈ-મેઇલ:		
32. ફેક્સ:		
33. સ્વાસ્થ્ય સંભાળ વ્યાવસાયિક:		
<input type="checkbox"/> હા	<input type="checkbox"/> ના	34. વ્યવસાય:
35. આમને પણ જાણ કરવામાં આવી છે:		
<input type="checkbox"/> નિયમનકારી એજન્સીઓ	<input type="checkbox"/> વિતરક/વેચાણ કર્મચારીઓ	

પ્રતિકૂળ ઘટનાની જાણ કરવાના ફોર્મનું ફોર્મેટ

કૃપા કરીને આ ફોર્મ આ સરનામે ટપાલથી મોકલો:

કેડિલા ફાર્માસ્યુટિકલ્સ લિમિટેડ

કોર્પોરેટ કેમ્પસ | ભાટ | સરખેજ ધોળકા રોડ અમદાવાદ - 382210 | ગુજરાત,
ભારત.

ફોન: +91-2718-251334, ટોલ ફ્રી: 18005325326

અથવા અહીં ઈમેઈલ કરો: Safety.cadila.global@cadilapharma.co.in

પ્રતિકૂળ ઘટનાઓની જાણ કરવા માટે

સ્વૈચ્છિક રીતે જાણ કરવા અંગેની સલાહ

ક્યાં જાણ કરવી

ગોપનીયતા

જાણ કરનાર અને દર્દીની ઓળખ સંબંધિત કોઈપણ માહિતી ખાનગી રાખવામાં આવશે.

- ગંભીર પ્રતિકૂળ ઘટનાઓની જાણ કરો. જ્યારે દર્દીનું પરિણામ નીચે મુજબ હોય ત્યારે ઘટના ગંભીર હોય છે:

- મૃત્યુ
- જીવન માટે જોખમી (મૃત્યુ થવાનું વાસ્તવિક જોખમ)
- હોસ્પિટલમાં દાખલ થવું (શરૂઆતના તબક્કામાં અથવા લાંબા સમયથી)
- વિકલાંગતા (નોંધપાત્ર, સતત અથવા કાયમી)
- જન્મજાત અસામાન્યતા
- કાયમી ખોડ અટકાવવા માટે જરૂરી હસ્તક્ષેપ

તાત્કાલિક જીવન માટે જોખમી ન હોઈ શકે અથવા મૃત્યુ અથવા હોસ્પિટલમાં દાખલ થવાનું કારણ ન બની શકે પરંતુ દર્દીને જોખમમાં મૂકી શકે અથવા ઉપર સૂચિબદ્ધ અન્ય પરિણામોમાંથી એકને અટકાવવા માટે હસ્તક્ષેપની જરૂર પડી શકે તેવી તબીબી ઘટનાઓને પણ ગંભીર ઘટનાઓ તરીકે ગણવામાં આવશે.

- નીચેના સંજોગો હોય, તો પણ જાણ કરો:

- તમને ચોક્કસ ખબર નથી કે ઉત્પાદન પ્રતિકૂળ અનુભવનું કારણ બન્યું છે
- તમારી પાસે તમામ વિગતો નથી, જોકે મુદ્દા નં. 1, 7, 8, 9, 10, 11, 13 અને 27 આવશ્યકપણે જરૂરી છે

કઈ રીતે જાણ કરવી

- તમારા અહેવાલને લાગુ પડતા વિભાગો ભરો
- જો જરૂર હોય, તો વધારાના પાના જોડો
- દરેક દર્દી અને ઘટના માટે અલગ ફોર્મનો ઉપયોગ કરો



અહીં ટપાલ મોકલો:

કેડિલા ફાર્માસ્યુટિકલ્સ લિમિટેડ

કોર્પોરેટ કેમ્પસ, ભાટ, સરખેજ-ધોળકા રોડ

અમદાવાદ - 382210, ગુજરાત, ભારત.



ટોલ ફ્રી: **18005325326**



ફોન: **+91-2718-251334**



ઈ-મેઈલ: Safety.cadila.global@cadilapharma.co.in