



Exeltis

PVEX-F02.03 - প্রতিকূল ঘটনার জন্যে রিপোর্টের ফর্ম

এন্ট্রি কাজে লাগার জন্যে স্বাক্ষর:
কার্যকরির তারিখ:
অনুমোদন তারিখ:

I. রিপোর্টের বিষয়ে তথ্য

1. স্থানীয় কেস আইডি	3. রিপোর্টের উৎস <input type="checkbox"/> হেলথ প্রফেশনাল <input type="checkbox"/> চিকিৎসা সমীক্ষা <input type="checkbox"/> বৈজ্ঞানিক লিটারেচার <input type="checkbox"/> অনুমোদিত কর্তৃপক্ষ <input type="checkbox"/> রোগী / উপভোক্তা	4. অন্যান্য কেস আইডি <i>(স্বাস্থ্য কর্তৃপক্ষের আইডি, পার্টনারের আইডি, কোয়ালিটি অভিমোদের আইডি, চিকিৎসা অনুসন্ধানের আইডি.... ইত্যাদি)</i>
2. কেস ভার্সন <input type="checkbox"/> প্রাথমিক রিপোর্ট <input type="checkbox"/> ফলো-আপ রিপোর্ট		
5. প্রাথমিক রসিদের তারিখ	6. ফলো আপ রসিদ1 তারিখ	7. ফলো আপ রসিদ2 তারিখ <i>(অনুগ্রহ করে পরবর্তী ফলো-আপ তারিখ কবে লিখবেন, যদি প্রয়োজন হয়)</i>

II. রিপোর্টার তথ্য

8. রিপোর্টারের পেশা <input type="checkbox"/> ফিজিশিয়ান <input type="checkbox"/> ফার্মাসিস্ট <input type="checkbox"/> অন্যান্য হেলথকেয়ার প্রোভাইডার <input type="checkbox"/> অনুমোদিত কর্তৃপক্ষ <input type="checkbox"/> রোগী / উপভোক্তা	9. রিপোর্টারের নাম, পেশা এবং যোগাযোগের বিবরণ <i>(অজ্ঞাত উপভোক্তা / রোগীর বিবরণ)</i>
--	--

III & IV. রোগীর বিবরণ এবং প্রতিক্রিয়ার তথ্য

10. কোন দেশে ঘটনাটি হয়েছে	11. জন্ম তারিখ দিন মাস বছর	12. বয়স (বৎসর)	13. লিঙ্গ	14. প্রতিক্রিয়া হওয়ার তারিখ দিন মাস বছর	15. কেবলমাত্র যদি প্রযোজ্য হয়, চেক করুন <input type="checkbox"/> প্রাণঘাতী <input type="checkbox"/> প্রাণের আশংকা <input type="checkbox"/> হাসপাতালে ভর্তি <input type="checkbox"/> উল্লেখযোগ্যভাবে পঙ্গু অথবা অক্ষমতা <input type="checkbox"/> অন্যান্য উল্লেখযোগ্য চিকিৎসাজনিত ঘটনা <input type="checkbox"/> জন্মগত ব্যতিক্রম / জন্মগত ত্রুটি
16. ঘটনা(গুলি)র বিবরণ দিন <i>(অনুগ্রহ করে চিহ্ন এবং লক্ষণ, ফাইন্যাল ডায়াগনসিস, সংশ্লিষ্ট পরীক্ষা এবং ল্যাব ডেটার বিবরণও দেবেন)</i>					
17. প্রতিকূল ঘটনার পরিণাম <input type="checkbox"/> সেরে গেছে / সমাধান করা হয়েছে <input type="checkbox"/> সেরে গেছে / সমাধান করা হয়েছে - ধীরে ধীরে <input type="checkbox"/> অজ্ঞানা				18. পরিণামের তারিখ দিন মাস বছর	
<input type="checkbox"/> সেরে উঠছে / সমাধান করা হচ্ছে <input type="checkbox"/> নিরাময় হয় নি/ সমাধান হয় নি <input type="checkbox"/> মৃত্যু					

<p>19. প্রাণঘাতী পরিণামের জন্যে (সংশ্লিষ্ট তদন্ত রিপোর্ট অথবা ময়না তদন্তের ফলাফল)</p> <p>মৃত্যুর কারণ : তদন্ত রিপোর্ট উপলব্ধ : <input type="checkbox"/> হ্যাঁ (যদি হ্যাঁ হয়, অনুগ্রহ করে একটি কপি যোগ করুন) <input type="checkbox"/> না ময়নাতদন্তের ফলাফল :</p>

V. সন্দেহজনক ওষুধের তথ্য (যদি একাধিক হয়, তবে বিভাগটির পুনরাবৃত্তি করুন)

<p>20. সন্দেহজনক ওষুধ (প্রোডাক্টের নাম, অ্যান্টিভ সাবস্টেন্স এবং ওষুধের স্ট্রিংথ - লিখুন)</p>			
<p>21. দৈনিক মাত্রা</p>	<p>22. ওষুধ নেওয়ার পদ্ধতি</p>	<p>23. ব্যাচ নম্বর (বায়োলজিকস / বায়োটেকনোলজিক্যাল প্রোডাক্টের জন্যে বাধ্যতামূলক)</p>	<p>24. মেয়াদ শেষ হওয়ার তারিখ</p>
<p>25. ব্যবহারের জন্যে নির্দেশ</p>			
<p>26. চিকিৎসা শুরু করার তারিখ</p>	<p>27. চিকিৎসা শেষ হওয়ার তারিখ</p>	<p>28. চিকিৎসার মেয়াদসীমা</p>	
<p>29. সন্দেহজনক ওষুধের বিষয়কি অ্যাকশন নেওয়া হয়েছে</p> <p><input type="checkbox"/> পরিবর্তন করা হয়নি <input type="checkbox"/> মাত্রা কম করা হয়েছে <input type="checkbox"/> মাত্রা বাড়ানো হয়েছে <input type="checkbox"/> বন্ধ করে দেওয়া হয়েছে</p> <p><input type="checkbox"/> বন্ধ করে শুরু করা হয়েছে - কত তারিখে শুরু হয়েছে : <input type="checkbox"/> অজানা</p>			
<p>30. ওষুধ বন্ধ করার সাথে সাথে কি প্রতিক্রিয়া বন্ধ হয়েছে</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> প্রযোজ্য নয়</p>		<p>31. ওষুধ পুনরায় শুরু করার সাথে সাথে কি প্রতিক্রিয়া পুনরায় দেখা গেছে?</p> <p><input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> প্রযোজ্য নয়</p>	

VI সঙ্গতিপূর্ণ চিকিৎসা এবং চিকিৎসা ইতিহাস

<p>32. সঙ্গতিপূর্ণ ওষুধ, হার্বাল ওষুধ, ফুড সাপ্লিমেন্টস (অনুগ্রহ করে নির্দেশ, মাত্রা এবং শুরু করার তারিখ, যদি পাওয়া যায়)</p>
<p>33. সামঞ্জস্যপূর্ণ চিকিৎসার ইতিহাস (যেমন, রিস্ক ফ্যাক্টর, অ্যানার্জি, পারিবারিক ইতিহাস.....ইত্যাদি)</p>

VII. অতিরিক্ত তথ্যসমূহ

<p>34. কার্যকারণসম্বন্ধিত রিপোর্টের মূল্যায়ন (সন্দেহজনক ওষুধের সাথে রিপোর্টারের কার্যকারণসম্বন্ধিত সম্পর্ক)</p> <p><input type="checkbox"/> সম্বন্ধযুক্ত <input type="checkbox"/> সম্ভবত সম্বন্ধযুক্ত <input type="checkbox"/> সম্ভাব্য সম্বন্ধযুক্ত <input type="checkbox"/> সম্বন্ধযুক্ত হওয়ার কারণ কম <input type="checkbox"/> সম্বন্ধযুক্ত নয় <input type="checkbox"/> জানা নেই <input type="checkbox"/> বোঝা যায় নি</p>	<p>35. অন্যান্য সংশ্লিষ্ট তথ্য</p>
---	---