



PVEX-F02.03 - પ્રતિકૂળ ઘટના અહેવાલ ફોર્મ

અમલમાં પ્રવેશ માટે હસ્તાક્ષર:
પ્રભાવી તારીખ:
મંજૂરી તારીખ:

I. માહિતી રિપોર્ટ

1. સ્થાનિક કેસ આઈડી	3. રિપોર્ટર સ્ત્રોત <input type="checkbox"/> સ્વાસ્થ્ય વ્યવસાયી <input type="checkbox"/> અભ્યાસ <input type="checkbox"/> ક્લિનિકલ વૈજ્ઞાનિક <input type="checkbox"/> નિયામક પ્રાધિકારીઓ <input type="checkbox"/> દર્દી / ગ્રાહક	4. અન્ય કેસ આઈડી (સ્વાસ્થ્ય પ્રાધિકારીઓ આઈડી, પાઠનર આઈડી, ક્વોલિટી કમ્પ્લેઈન્સ આઈડી, મેડિકલ પૂછપરછ આઈડી ... વગેરે)	
2. કેસ આવૃત્તિ <input type="checkbox"/> પ્રારંભિક રિપોર્ટ <input type="checkbox"/> ફોલો-અપ રિપોર્ટ	5. પ્રારંભિક રસીદ તારીખ	6. ફોલો અપ 1 રસીદ તારીખ	7. ફોલો અપ 2 રસીદ તારીખ કૃપયા હવે પછીની ફોલો-અપ તારીખ, જરૂર હોય તો ક્ષયમયમ

II. રિપોર્ટર માહિતી

8. રિપોર્ટરનું ક્વોલિફિકેશન <input type="checkbox"/> ચિકિત્સક <input type="checkbox"/> ફર્માસિસ્ટ <input type="checkbox"/> અન્ય સ્વાસ્થ્યસેવા આપનાર <input type="checkbox"/> નિયામક પ્રાધિકારીઓ <input type="checkbox"/> દર્દી / ગ્રાહક	9. રિપોર્ટરનું નામ, ક્વોલિફિકેશન અને સંપર્ક વિગતો
--	---

III & IV. દર્દીની વિગતો તથા પ્રતિક્રિયા માહિતી

10. કયા દેશમાં ઘટના બની	11. જન્મતારીખ દિવસ મહિનો વર્ષ	12. ઉંમર (વર્ષ)	13. લિંગ	14. પ્રતિક્રિયા શરૂ થવાની તારીખ દિવસ મહિનો વર્ષ	15. સર્વ ઉપચુકલ તપાસો <input type="checkbox"/> જીવલેણ <input type="checkbox"/> જીવન માટે જોખમરૂપ <input type="checkbox"/> હોસ્પિટલમાં સંકળાયેલ અથવા દાખલ થયેલ દર્દી <input type="checkbox"/> સતત અથવા નોંધપાત્ર વિકલાંગતા અથવા અસમર્થતા સામેલ છે. <input type="checkbox"/> અન્ય નોંધપાત્ર તબીબી ઘટના <input type="checkbox"/> સમાનશીલ (કોન્જેનિટલ) તબીબી ઘટના
16. ઘટનાઓ વર્ણવો (કૃપયા નિશાનીઓ તથા લક્ષણો, અંતિમ નિદાન, સંબંધિત પરીક્ષણો અને લેબ ડેટાનો સમાવેશ કરો.)					
17. પ્રતિકૂળ ઘટના <input type="checkbox"/> પુનઃ સ્વાસ્થ્યપ્રાપ્તિ / ઉકેલપ્રાપ્તિ <input type="checkbox"/> સેકવીલી વડે પુનઃ સ્વાસ્થ્યપ્રાપ્તિ / ઉકેલપ્રાપ્તિ <input type="checkbox"/> અજ્ઞાત				18. પરિણામની તારીખ દિવસ મહિનો વર્ષ	
<input type="checkbox"/> પુનઃ સ્વાસ્થ્યપ્રાપ્તિ / ઉકેલ પ્રાપ્તિ થઈ રહી છે <input type="checkbox"/> પુનઃ સ્વાસ્થ્યપ્રાપ્તિ / ઉકેલ પ્રાપ્તિ થઈ નથી <input type="checkbox"/> મરણ					

19. જીવલેણ પરિણામો માટે

(સંબંધિત ઓટોપ્સી રિપોર્ટ અથવા પોસ્ટ-મોર્ટમ નિષ્કર્ષ)

મરણનું કારણ:

ઓટોપ્સી રિપોર્ટ ઉપલબ્ધ: હા (જો હા તો, કૃપયા એક નકલ પૂરી પાડો) ના

પોસ્ટ-મોર્ટમ નિષ્કર્ષ:

V. શંકાસ્પદ દવાની માહિતી (જો એક કરતાં વધુ હોય તો, કૃપા કરીને વિભાગ પુનરાવર્તિત કરો)

20. શંકાસ્પદ દવા (પ્રોડક્ટનું નામ, સક્રિય તત્વ/ તત્વો અને પ્રભાવ સામેલ કરો)

21. દૈનિક માત્રા (ઓ)

22. દવા લેવાની રીત

23. બેચ નંબર

(બાયોલોજિકલ/ બાયોલોજિકલ પ્રોડક્ટ્સ માટે ફરજિયાત)

24. અંતિમ તારીખ

25. ઉપયોગ માટે નિર્દેશ (શો)

26. ચિકિત્સા પ્રારંભની તારીખ

27. ચિકિત્સા પૂર્ણ થયાની તારીખ

28. ચિકિત્સાની સમયાવધિ

29. શંકાસ્પદ દવાની બાબતમાં કરેલી કાર્યવાહી

યથાવત માત્રા ઘટાડી માત્રા વધારી બંધ કરી

વિસ્તૃત - ફરી શરૂ કર્યાની તારીખ: અજ્ઞાત

30. દવા લેવાનું બંધ કર્યા પછી શું પ્રતિક્રિયા ઘટી ગઈ?

હા ના લાગુ નથી

31. દવા ફરીથી પ્રસ્તુત કર્યા પછી શું પ્રતિક્રિયા ફરીથી ઉદ્ભવી?

હા ના લાગુ નથી

VI સહવર્તી ઔષધોપચાર અને તબીબી ઇતિહાસ

32. સહવર્તી દવા (ઓ), હર્બલ દવાઓ, ફૂડ સપ્લીમેન્ટ્સ

(કૃપયા નિર્દેશો, માત્રાઓ અને ઉપલબ્ધતાની તારીખો દર્શાવો)

33. સંબંધિત તબીબી ઇતિહાસ

(દા. ત. જોખમી પરિબલો, એલર્જીઓ, પારિવારિક ઇતિહાસ...વગેરે) દવા આપવાનું, જો

VII. અતિરિક્ત માહિતી

34. કાર્યકારણ મૂલ્યાંકન

(સંશયિત ડ્રગ (અંમલી પદાર્થ) બરોબર રિપોર્ટરના કારણસંબંધ)

- સંબંધિત
- કદાચ સંબંધિત
- સંભવતઃ સંબંધિત
- અસંભવિત સંબંધિત
- સંબંધિત નથી
- અજ્ઞાત
- બિન-મૂલ્યાંકિત કરી શકાય તેવું નથી

35. અન્ય સંબંધિત માહિતી