



## PVEX-F02.03 - प्रतिकूल घटनेबद्दलचा रिपोर्ट फॉर्म

नोंद केल्याची तारीख :  
परिणामकारक तारीख:  
मंजुरीची तारीख:

### I. रिपोर्टमधील माहिती

1. स्थानिक केस(प्रकरण) आयडी	3. माहिती कोटून मिळाली <input type="checkbox"/> आरोग्य व्यावसायिक <input type="checkbox"/> वैद्यकीय अभ्यास <input type="checkbox"/> वैज्ञानिक साहित्य <input type="checkbox"/> नियामक अधिकारी <input type="checkbox"/> रूग्ण/ ग्राहक	4. इतर केस आयडी <i>(आरोग्य अधिकरण आयडी, पार्टनर्स आयडी, क्वालिटी कंट्रोल आयडी, वैद्यकीय पृच्छा (मेडिकल क्वेरी) आयडी... इ. )</i>
2. केस (प्रकरण) चा प्रकार <input type="checkbox"/> सुरुवातीचा रिपोर्ट <input type="checkbox"/> फॉलोअप (पाठपुरावा)रिपोर्ट		
5. पहिल्या पावतीची तारीख	6. फॉलोअप (भविष्यातील पहिल्या) पावतीची तारीख	7. फॉलोअप 2 (भविष्यातील दुसऱ्या) पावतीची तारीख <i>कृपया आवश्यक असल्यास त्यानंतरच्या फॉलोअप तारखा घालाव्यात</i>

### II. रिपोर्टर (ज्याच्याकडून माहिती मिळाली) बद्दलची माहिती

8. रिपोर्टरची गुणवत्ता (क्वालिफिकेशन) <input type="checkbox"/> फिजिशियन (डॉक्टर) <input type="checkbox"/> फार्मासिस्ट (औषध विक्रेता) <input type="checkbox"/> इतर आरोग्यसेवादाता <input type="checkbox"/> नियामक अधिकारी <input type="checkbox"/> रूग्ण/ग्राहक	9. रिपोर्टरचे नाव, गुणवत्ता आणि संपर्क माहिती <i>(ग्राहक/रूग्ण यांची ओळख उघड होणार नाही अशा रीतीने माहिती द्यावी )</i>
---	---

### III & IV. रूग्णाची माहिती व रीअॅक्शनबद्दलची (प्रतिक्रियेबद्दलची ) माहिती

10. कोणत्या देशात घडले	11. जन्मतारीख दिवस महिना वर्ष	12. वय (वर्षे)	13. लिंग	14. रिअॅक्शन सुरु झाल्याची तारीख दिवस महिना वर्ष	15. योग्य असलेल्या अनुभवित दुष्परिणामांपुढे खूप करा <input type="checkbox"/> प्राणघातक (मृत्यू) <input type="checkbox"/> जीवनाला धोका निर्माण करणारे <input type="checkbox"/> हॉस्पिटलायझेशनची गरज असलेले किंवा दीर्घकाळ रूग्ण हॉस्पिटलमध्ये राहावे लागणारे <input type="checkbox"/> सातत्याने किंवा महत्त्वाचे अपंगत्व किंवा अक्षमता निर्माण करणारे <input type="checkbox"/> इतर- महत्त्वाची वैद्यकीय घटना <input type="checkbox"/> जन्मापासून असलेली विसंगती / जन्मजात दोष
16. घटनेचे (घटनांचे) वर्णन करा <i>(कृपया लक्षण व चिन्हे, अंतिम रोगनिदान, संबंधित चाचण्या व प्रयोगशाळेतील माहितीचा समावेश करा)</i>					
17. विपरीत घटनेचा परिणाम <input type="checkbox"/> बरा झाला/ समस्या सुटली <input type="checkbox"/> बरा झाला/ समस्या सुटली (हळू हळू) <input type="checkbox"/> माहिती नाही				18. परिणामाची तारीख दिवस महिना वर्ष	
<input type="checkbox"/> बरा होत आहे/ समस्या सुटत आहे <input type="checkbox"/> बरा झाला नाही / समस्या सुटली नाही <input type="checkbox"/> मृत्यू					

**19. मृत्यू झाला असल्यास**

(संबंधित ऑटॉप्सी (शवविच्छेदन) रिपोर्ट किंवा पोस्ट मॉर्टेममधील नोंदी)

मृत्यूचे कारण:

शवविच्छेदन निष्कर्ष रिपोर्ट उपलब्ध:  होय (जर होय असेल, तर कृपया प्रत जोडावी)  नाही

पोस्ट-मॉर्टेम मधील नोंदी :

**V. संशयित ड्रग (औषध) बदलची माहिती (जर एकापेक्षा जास्त असेल, तर हा संपूर्ण सेक्शन पुन्हा भरा)**

20. संशयित ड्रग (औषध) (उत्पादनाचे नाव, सक्रिय पदार्थ/ अनेक सक्रिय पदार्थ आणि मात्रा (क्षमता) यांचा समावेश करा)

21. दररोजचे प्रमाण (डोस/डोसेस)

22. घेण्याची पद्धत

23. बॅच नंबर

(बायोलॉजिकल / बायोटेक्नॉलॉजिकल उत्पादनांसाठी अनिवार्य)

24. एक्स्पायरी तारीख

25. वापरण्या बद्दलचे कारण

26. उपचार सुरु केल्याची तारीख

27. उपचार संपल्याची तारीख

28. उपचाराचा कालावधी

29. संशयित ड्रग (औषध) च्या बाबतीत केलेली कृती

बदलले नाही  डोस (मात्रा) कमी केली  डोस (मात्रा) वाढवली  थांबवले

थांबवले असल्यास- पुन्हा सुरु केल्याची तारीख :  माहित नाही

30. ड्रग (औषध) थांबवल्यानंतर रिअॅक्शन (प्रतिक्रिया) कमी झाली का ?

होय  नाही  लागू नाही

31. ड्रग (औषध) पुन्हा सुरु केल्यानंतर रिअॅक्शन (प्रतिक्रिया) पुन्हा सुरु झाली का ?

होय  नाही  लागू नाही

**VI बरोबरीने दिली जाणारी औषधे आणि वैद्यकीय इतिहास**

32. बरोबरीने दिले जाणारे ड्रग (औषधे), हर्बल औषधे, फूड सप्लिमेंटस (अन्न पूरके)

(कृपया लक्षण, डोस (मात्रा) आणि दिल्याच्या तारखा, उपलब्ध असल्यास, लिहाव्यात)

33. संबंधित वैद्यकीय इतिहास

(उदा. धोक्याचे घटक, अॅलर्जी, कौंट्रिबिक इतिहास... इ. )

**VII. अतिरिक्त माहिती**

34. कारणसंबंधांबद्दलचे मूल्यमापन

(संशयित ड्रग (अंमली पदार्थ) बरोबर रिपोर्टरचा कारणसंबंध)

- संबंधित
- कदाचित संबंधित
- शक्यतो संबंधित
- असंभवनीय
- संबंधित नाही
- अज्ञात
- मूल्यांकन करण्यायोग्य नाही

35. इतर संबंधित माहिती