



Exeltis

PVEX-F02.03 - ప్రతికూల సంఘటన రిపోర్ట్ ఫారం

అమలులోకి వచ్చే ఎంట్రీ కోసం సంతకం:
అమలులోకి వచ్చే తేదీ:
అమోదించిన తేదీ:

I. రిపోర్ట్ సమాచారం

1. లోకల్ కేస్ బడి	3. రిపోర్టర్ సాజన్యం <input type="checkbox"/> హెల్త్ ప్రొఫెషనల్ <input type="checkbox"/> క్లినికల్ స్టడీ <input type="checkbox"/> సెంటిఫైడ్ లిటరేచర్ <input type="checkbox"/> రెగ్యులేటరీ అథారిటీ <input type="checkbox"/> పేషెంట్/ కంజ్యూమర్	4. ఇతర కేస్ బడిలు <i>(హెల్త్ అథారిటీస్ బడి, ప్యానెల్స్ బడిలు, క్వాలిటీ కంట్రోలు బడి, మెడికల్ క్లెరి.. మొ.)</i>
2. కేస్ వర్షన్ (రూపాంతరం) <input type="checkbox"/> ప్రారంభిక రిపోర్టు <input type="checkbox"/> అనుక్రమణ రిపోర్ట్		
5. ప్రారంభ రసీదు తేదీ	6. ఫాలో అప్ 1 రసీదు తేదీ	7. ఫాలో అప్ 2 రసీదు తేదీ <i>(దయచేసి త్యాగి అనుక్రమణ తేదీలు జత చేయండి, అవసరమైతే)</i>

II. రిపోర్టర్ సమాచారం

8. రిపోర్టర్ అర్హత <input type="checkbox"/> ఫిజిషియన్ <input type="checkbox"/> ఫార్మసిస్ట్ <input type="checkbox"/> ఇతర హెల్త్ కేర్ ప్రొవైడర్ <input type="checkbox"/> రెగ్యులేటరీ అథారిటీస్ <input type="checkbox"/> రోగి/ వినయదారు	9. రిపోర్టర్ పేరు, అర్హత మరియు సంప్రదింపు వివరాలు <i>(రిపోర్టర్ యొక్క ప్రదేశం, స్టానిష్ కేసుల్లో తప్పనిసరి) (వినయదారు/ రోగి వివరాలను అనామకం చేయండి)</i>
---	--

III & IV. రోగి వివరాలు మరియు ప్రతి చర్య సమాచారం

10. జరిగిన దేశం	11. పుట్టిన తేదీ తేదీ నెల సంవత్సరం	12. వయస్సు (ఏళ్ళు)	13. లింగం	14. ప్రతి చర్య కలిగిన తేదీ తేదీ నెల సంవత్సరం	15. సముచితమైన వాటిని టిక్కు చేయండి <input type="checkbox"/> మరణం <input type="checkbox"/> ప్రాణాంతకం <input type="checkbox"/> క్లిష్టమైన లేదా దీర్ఘకాలం రోగి ఆస్పత్రిలో దాఖలా అవడం <input type="checkbox"/> క్లిష్టమైన నిరంతరమైన లేదా చెప్పకోదగ్గ వైకల్యం లేదా అశక్యత <input type="checkbox"/> ఇతర-చెప్పకోదగ్గ వైద్య సంఘటన <input type="checkbox"/> పుట్టుకతో వచ్చిన అసాధారణత/ జనన లోపం
16. సంఘటన(లు) వివరించండి <i>(దయచేసి చిహ్నాలు మరియు లక్షణాలు, అంటిమ రోగనిర్ధారణ, సముచితమైన పరీక్షలు మరియు ల్యాబ్ డేటా చేర్చండి)</i>					
17. ప్రతికూల సంఘటన ఫలితం <input type="checkbox"/> కోలుకున్నారు/ పరిష్కరించారు <input type="checkbox"/> కోలుకుంటున్నారు/ పరిష్కరిస్తున్నారు <input type="checkbox"/> కోలుకున్నారు/ పరిష్కరించారు, దఫాలుగా <input type="checkbox"/> కోలుకోలేదు/పరిష్కరించలేదు <input type="checkbox"/> తెలియదు <input type="checkbox"/> మరణం				18. ఫలితం వచ్చిన తేదీ తేదీ నెల సంవత్సరం	

19. మరణాంతక ఫలితాలు
(సముచితమైన ఆటోప్సీ రిపోర్టు లేదా పోస్ట్-మార్టం ఫలితాలు)

మరణానికి కారణం:
 పోస్ట్మార్టం రిపోర్ట్ లభ్యమౌతోంది: అవును (ఒకవేళ అవును అంటే, దయచేసి కాపీ ఇవ్వండి) కాదు
 పోస్ట్ మార్టం ఫలితాలు:

V. అనుమానాస్పదమైన మందు సమాచారం (ఒకటికన్నా ఎక్కువ ఉంటే, దయచేసి సెక్షన్ ని మళ్ళీ చెయ్యండి)

20. అనుమానాస్పదమైన మందు (ఉత్పాదన పేరు, చురుకైన అంశం/కాలు మరియు వాటి స్ట్రెంగ్త్ ని రాయండి)

21. రోజువారీ మోతాదు (లు)	22. ఇచ్చే మార్గం	23. బ్యాచ్ నంబరు <small>(బయోలాజికల్స్ కి / బయోటెక్నోలాజికల్ ఉత్పాదనలకి తప్పనిసరి)</small>	24. ముగింపు తేదీ
25. వాడేందుకు సూచన (లు)			
26. చికిత్స ప్రారంభ తేదీ	27. చికిత్స చివరి తేదీ	28. చికిత్స అవధి	
29. అనుమానాస్పదమైన మందుతో తీసుకున్న చర్య <input type="checkbox"/> ఏ మార్కూ లేదు <input type="checkbox"/> మోతాదు తగ్గించబడింది <input type="checkbox"/> మోతాదు ఎక్కించబడింది <input type="checkbox"/> నిలిపివేయబడింది <input type="checkbox"/> అంతరాయం కలిగింది - మళ్ళీ ప్రారంభించిన తేదీ: <input type="checkbox"/> తెలియదు			
30. మందుని ఆపేసిన తర్వాత ప్రతిచర్య తగ్గిందా? <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> వర్తించదు	31. మందుని మళ్ళీ ప్రారంభించిన తర్వాత ప్రతి చర్య మళ్ళీ వచ్చిందా? <input type="checkbox"/> అవును <input type="checkbox"/> కాదు <input type="checkbox"/> వర్తించదు		

VI ఏకకాలిక మందులు మరియు వైద్య చరిత్ర

32. ఏక కాలిక మందు(లు), వనమూలికా మందులు, ఆహార అనుబంధాలు
(సూచనలు, మోతాదులు మరియు ఇచ్చిన తేదీలను ఐత చెయ్యండి, ఒకవేళ లభ్యమైతే)

33. సముచితమైన వైద్యచరిత్ర
(ఉదా: రిస్క్ ఫ్యాక్టర్లు, అలెర్జీలు, కుటుంబ చరిత్ర.. మొ)

VII. అదనపు సమాచారం

34. కారణం మదింపు <small>(సందేహించబడిన డ్రగ్ తో రిజిస్టర్డ్ యొక్క కాజువల్ సంబంధం)</small>	35. ఇతర సముచిత సమాచారం
<input type="checkbox"/> సంబంధించినది <input type="checkbox"/> బహుశా సంబంధించినది <input type="checkbox"/> తప్పక సంబంధించినది కావచ్చు <input type="checkbox"/> సంబంధించినది కాకపోవచ్చు <input type="checkbox"/> సంబంధించినది కాదు <input type="checkbox"/> తెలియదు <input type="checkbox"/> మదింపు వెయ్యలేనిది	