GreenSignal Bio Pharma Pvt. Ltd. WELLNESS FOR ALL	**GREENSIGNAL BIO PHARMA PRIVATE LIMITED**
	No.49, Pappankuppam Village, Gummidipoondi, Chennai - 601201

Suspected Adverse Drug Reaction Reporting Form

#For Voluntary Reporting of ADRs by Public or Healthcare Professionals

1. Patient Details/ நோயாளியின் விவரங்கள்

Patient Initials/நோயாளியின் முதலெழுத்துக்கள்:	Gender/ பால் (√): Male/ஆண ☐ Female/பெண ☐ Other/ பிறர ☐	Age (Year or Month)/ வயது (ஆண்டு அல்லது மாதம்):

2. Health Information/ உடல்நலம் பற்றிய தகவல்

a. Reason(s) for taking medicine(s) (Disease/Symptoms)/ மருந்து(கள்) உட்கொள்வதற்கான காரணங்கள் (நோய் ரு அறிகுறிகள்):

b. Medicines Advised by/ மருந்துகளை உட்கொள்ள பரிந்துரைத்தவர் (√): Doctor/ டாக்டர ☐ Pharmacist/ மருந்தாளுன ☐ Friends/Relatives/ நண்பர்/உறவினர்கள ☐
Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ சுயமாக (முன்ன ஏற்பட்ட நோயின் அனுபவம் / நோய் முன்ன ஏற்பட்ட அனுபவம் இல்லை) ☐

3. Details of Person Reporting the Side Effect/ பக்க விளைவுகள் குறித்து புகார் அளிக்கும் நபரின் விவரங்கள்

a. Name (Optional)/ பெயர் (விருப்பப்பட்டால்):

b. Address/ முகவர்:

Telephone No./ தொலைபேசி எண்:	Email/ இ-மெயில்:

4. Details of Medicine Taking/Taken/ எடுத்துக் கொள்ளும் / எடுத்துக் கொண்ட மருந்தின் விவரங்கள்

Name of Medicines/ மருந்துகளின் பெயர்கள்	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ எடுத்துக் கொண்ட மருந்துகளின் அளவு(எ.டு. 250மிகி, ஒரு நாளைக்கு இரு முறை)	Expiry Date of Medicines மருந்துகளின் காலாவதி தேதி	Date of Start of Medicines/ மருந்துகளை உட்கொள்ள தொடங்கிய தேதி	Date of Stop of Medicines/ மருந்துகளை நிறுத்திய தேதி
		dd/mm/yy	dd/mm/yy	dd/mm/yy
		dd/mm/yy	dd/mm/yy	dd/mm/yy
		dd/mm/yy	dd/mm/yy	dd/mm/yy

Dosage form/ மருந்தின் வடிவம (√): Tablet/ மாத்திரை ☐ Capsule/ கேப்ஸ்யூல ☐ Injection/ ஊச ☐ Oral Liquids/ வாய்வழி திரவம ☐ If Others (Please Specify...../ பிற(தயவுசெய்து குறிப்பிடவும் .....)

5. About the Side Effect/ பக்க விளைவுகள் பற்றிய விவரம்

When did the side effect start?/ பக்க விளைவு எப்போது இருந்து ஆரம்பித்தது? dd/mm/yy

When did the side effect stop?/ பக்க விளைவு எப்போது நின்றது? dd/mm/yy

Side Effect is still Continuing/ பக்க விளைவு தொடர்கிறதா(ஆம் / இல்லை) ☐

6. How bad was the Side Effect? (Please √ the boxes that Apply)/பக்க விளைவு எந்த அளவிற்கு மோசமானதாக இருந்தது (பொருந்தும் பெட்டியில் தயவு செய்து √ செய்யவும்)

☐ Did not affect daily activities/ தினசரி நடவடிக்கைகளைப் பாதிக்கவில்லை	☐ Affect daily activities/ தினசரி நடவடிக்கைகளைப் பாதித்தது
☐ Admitted to hospital/ மருத்துவமனையில் சேர்ந்தேன	☐ Death/ மரணம
☐ Others/ பிற	

7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ பக்க விளைவு பற்றிய தகவல்களை விவரித்து எழுதவும் (பக்க விளைவை சமாளிக்க நீங்கள் என்ன செய்தீர்கள்?)

This reporting is voluntary, has no legal implication and aims to improve patient safety. Your active participation is valuable. The information provided in this form will be forwarded to ADR Monitoring Centre for follow-up. You are requested to cooperate with the programme officials when they contact you for more details. Please do report even if you do not have all the information.

இந்த அறிக்கை தன்னார்வமானது. சட்டபூர்வ நடவடிக்கை என்பது இதன் நோக்கம் அல்ல. இதன் நோக்கம் நோயாளியின் பாதுகாப்பை மேம்படுத்துவது மட்டுமே. உங்களின் ஆர்வமான பங்கேற்பு மதிப்புமிக்கது. இந்தப் படிவத்தில் தரப்படும் தகவல் தொடர்ந்து கண்காணிக்கப்படுவதற்காக ஏடிஆர் கண்காணிப்பு மையத்துக்கு அனுப்பி வைக்கப்படும். கூடுதல் விவரங்களுக்கு உங்களைத் திட்ட அலுவலர்கள் தொடர்பு கொள்ளும்போது ஒத்துழைக்குமாறு உங்களைக் கேட்டுக் கொள்கிறோம். எல்லா தகவல்களும் இல்லை என்றாலும்கூட இதற்பதைக் கொண்டு தயவுசெய்து அறிக்கையை பூர்த்தி செய்து சமர்ப்பிக்கவும்

GreenSignal Bio Pharma Pvt. Ltd. WELLNESS FOR ALL	**GREENSIGNAL BIO PHARMA PRIVATE LIMITED**
	No.49, Pappankuppam Village, Gummidipoondi, Chennai - 601201

Suspected Adverse Drug Reaction Reporting Form
#For Voluntary Reporting of ADRs by Public or Healthcare Professionals

Confidentiality: The patient's identity is held in strict confidence and protected to the fullest extent. Programme staff is not expected to and will not disclose the reporter's identity in response to a request from the public.
ரகசியம் பாதுகாக்கப்படுதல்: நோயாளியின் அடையாளம் மிக ரகசியமாகப் பாதுகாக்கப்படும். முடிந்த அளவு முழு விவரங்களும் ரகசியமாக வைக்கப்படும். பொதுமக்கள் கேட்டுக்கொண்டால் புகார் அளித்தவரின் அடையாளத்தைத் திட்டப் பணியில் உள்ள அலுவலர் தருவார் என யாரும் எதிர்பார்க்க வேண்டாம்; அவர் தரவும் மாட்டார்.

Instructions to Complete the Reporting Form
புகார் படிவத்தைப் பூர்த்தி செய்வதற்கான குறிப்புகள

Section 1 - Patient Details

- ✓ In patient Initial, write first letter of the name and first letter of the surname (e.g. Pradeep Sharma-PS).
- ✓ Provide personal information (Gender, Age).

Section 2 - Health Information

- ✓ Provide reason(s) for taking medicine(s) and medicines advised by (Doctor, Pharmacist, Friends/ Relatives and Self).

Section 3 - Details of Person Reporting the Side Effect

- ✓ Provide the name (optional), address; telephone no. and email are necessary to assess the report.

Section 4 - Details of the Medicines Taking/Taken

- ✓ Give all details about the Medicine(s) (Name of Medicines, Quantity of Medicines taken, Expiry Date, start and stop date Medicines) that have caused side effect.
- ✓ Please provide Dosage form (Tablets, Capsule, injectionl, Oral liquid) and if others, please specify.

Section 5 - About the Side Effect

- ✓ Provide side effect start and stop dates and also specify whether the side effect is still continuing.

Section 6 - How bad was the Side Effect

- ✓ Please tick marks the appropriate boxes that apply.

Section 7- Describe the Side Effect

- ✓ Please describe the details of side effect and what treatment was taken to manage side effect.

பிரிவு -1 – நோயாளியின் விவரங்கள

- ✓ நோயாளியின் முதலெழுத்துக்கள் என்ற இடத்தில், முதல் பெயரின் முதலெழுத்தையும், குடும்ப பெயரின் முதல் எழுத்தையும் எழுதவும் (எ.டு. பிரதீப் ஷர்மா – பி.எஸ்).
- ✓ தனிப்பட்ட விவரங்களைத் தரவும் (பால், வயது).

பிரிவு -2 – உடல்நலம் பற்றிய தகவல்

- ✓ மருந்துகளை உட்கொள்வதற்கான காரணங்களைக் குறிப்பிடவும். மருந்துகளைப் பரிந்துரைத்தவர் பற்றிக் (டாக்டர், மருந்தாளுனர், நண்பர்கள் / உறவினர்கள் மற்றும் தானே சுயமாக) குறிப்பிடவும்.

பிரிவு -3 –பக்க விளைவுகள் குறித்து புகார் அளிக்கும் நபரின் விவரங்கள்

- ✓ பெயர் (விரும்பப்பட்டால்), முகவரி, தொலைபேசி எண், இ-மெயில் ஆகியவை புகார் குறித்து மதிப்பீடு செய்ய கட்டாயமாகத் தேவை.

பிரிவு-4 – எடுத்துக் கொள்ளும் / எடுத்துக்கொண்ட மருந்தின் விவரங்கள்

- ✓ பக்க விளைவுகளை ஏற்படுத்திய மருந்துகளின் பெயர், உட்கொண்ட மருந்துகளின் அளவு, காலாவதி தேதி, மருந்துகளை உட்கொள்ளத் தொடங்கிய தேதி, மருந்துகளை நிறுத்திய தேதி).
- ✓ உட்கொண்ட மருந்தின் வடிவம் பற்றி தயவு செய்து குறிப்பிடவும் (மாத்திரைகள், கேப்ஸ்யூல், ஊசிகள், வாய்வழி திரவம்). இது இல்லாமல் வேறு ஏதாவது எனில் விவரமாகக் குறிப்பிடவும்.

பிரிவு-5 – பக்க விளைவுகள் பற்றிய விவரம்

- ✓ பக்க விளைவு ஆரம்பித்த தேதி மற்றும் நின்ற தேதிகளைக் குறிப்பிடவும். பக்க விளைவு இப்போதும் உள்ளதா என்பது குறித்தும் தெரிவிக்கவும்.

பிரிவு-6 – பக்க விளைவு எந்த அளவிற்கு மோசமானதாக இருந்தது

- ✓ பொருந்தினும் பெட்டிகளில் தயவுசெய்து டிக் செய்யவும்

பிரிவு-7 – பக்க விளைவு பற்றிய தகவல்களை விவரித்து எழுதவும்

- ✓ பக்க விளைவு பற்றிய விவரங்களைத் தயவு செய்து விவரித்து எழுத இந்த பக்க விளைவைச் சமாளிக்க எந்த வகையான சிகிச்சையை எடுத்துக் கொண்டீர்கள்.