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/ ರೋಗಿಯ ವಿವರ

Patient Initials/ ರೋಗಿಯ ವಿವರ: ☐☐	Gender/ ಲಿಂಗ (√): Male/ ಪುರುಷ ☐ Female/ ಸ್ತ್ರೀ ☐ Other/ ಇತರೆ ☐	Age (Year or Month)/ ವಯಸ್ಸು (ವರ್ಷ ಅಥವಾ ಮಾಸ):

2. Health Information/ ಆರೋಗ್ಯ ಮಾಹಿತಿ

a. Reason(s) for taking medicine(s)(Disease/Symptoms)/ ಔಷಧ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಇರುವ ಕಾರಣ (ಗಳು) (ರೋಗ/ಲಕ್ಷಣಗಳು):

b. Medicines Advised by/ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದವರು (√): Doctor/ವೈದ್ಯರು ☐ Pharmacist/ಔಷಧ ವ್ಯಾಪಾರಿ ☐ Friends/Relatives/ ಸ್ನೇಹಿತರು / ಸಂಬಂಧಿಗಳು ☐

Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ ಸ್ವತಃ (ಹಿಂದಿನ ರೋಗದ ಅನುಭವಿ / ಯಾವುದೇ ಹಿಂದಿನ ರೋಗದ ಅನುಭವಿ ಅಲ್ಲ) ☐

3. Details of Person Reporting the Side Effect/ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಿವರಗಳು

Name (Optional)/ ಹೆಸರು (ಐಚ್ಛಿಕ):

Address/ ವಿಳಾಸ:

Telephone No/ ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ:	Email/ ಇಮೇಲ್:

4. Details of Medicine Taking/Taken/ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ/ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಔಷಧ ವಿವರಗಳು

Name of Medicines/ ಔಷಧಗಳ ಹೆಸರು	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಔಷಧಗಳ ಪ್ರಮಾಣ (ಉದಾ 250 ಮಿಗ್ರಾಂ, ದಿನಕ್ಕೆ ಎರಡು ಬಾರಿ)	Expiry Date of Medicines/ ಔಷಧಗಳ ಕೊನೆಯ ದಿನಾಂಕ	Date of Start of Medicines/ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಆರಂಭಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ	Date of Stop of Medicines/ ಔಷಧಗಳನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy

Dosage form/ ಡೋಸೇಜ್ ಫಾರ್ಮ್ (√) : Tablet/ಟ್ಯಾಬ್ಲೆಟ್ ☐ Capsule/ಕ್ಯಾಪ್ಸುಲ್ ☐ Injection/ಇಂಜೆಕ್ ☐ Oral Liquids/ ಬಾಯಿಯ ದ್ರವ ☐

If Others (Please Specify.................................)/ ಇತರೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ (ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಚಿಸಿ..........................)

5. About the Side Effect/ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮದ ಬಗ್ಗೆ

When did the side effect start?/ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಯಾವಾಗ ಆರಂಭವಾಯಿತು? dd/mm/yy Side Effect is still Continuing (Yes/No)/

When did the side effect stop?/ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಯಾವಾಗ ನಿಂತಿತು? dd/mm/yy ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಮುಂದುವರಿದಿದೆ (ಹೌದು/ಇಲ್ಲ): dd/mm/yy

6.How bad was the Side Effect? (Please √ the boxes that Apply)/ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಎಷ್ಟು ಹಾನಿಕಾರಕವಾಗಿತ್ತು (ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು √ ಎಂದು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ)

☐ Did not affect daily activities/ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಲಿಲ್ಲ	☐ Affect daily activities/ ದೈನಂದಿನ ಚಟುವಟಿಕೆಗಳ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಿದೆ
☐ Admitted to hospital/ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ದಾಖಲಾಗಿದೆ	☐ Death/ ಮರಣ
☐ Others/ ಇತರೆ	

7.Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ವಿವರಿಸಿ (ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ನೀವು ಏನು ಮಾಡಿದಿರಿ?)

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.

ಈ ವರದಿಯು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿದ್ದು, ಯಾವುದೇ ಕಾನೂನು ತೊಡಕುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿಲ್ಲ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಆರೋಗ್ಯವನ್ನು ಸುಧಾರಿಸುವ ಗುರಿ ಹೊಂದಿದೆ. ನಿಮ್ಮ ಸಕ್ರಿಯ ಸಹಭಾಗಿತ್ವ ಮಹತ್ವದ್ದಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ ಒದಗಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಮುಂದಿನ ಪ್ರಕ್ರಿಯೆಗಾಗಿ ಎಡಿಆರ್ ಮಾನಿಟರಿಂಗ್ ಸೆಂಟರಿಗೆ ರವಾನಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ. ಹೆಚ್ಚಿನ ವಿವರಗಳಿಗಾಗಿ ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿದಾಗ ದಯವಿಟ್ಟು ಸಹಕರಿಸಲು ನಿಮ್ಮನ್ನು ಕೋರಲಾಗಿದೆ. ನಿಮ್ಮಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿ ಇಲ್ಲದಿದ್ದಾಗಲೂ ಸಹ ದಯವಿಟ್ಟು ಅದನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡಿ.

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.
ಗೌಪ್ಯತೆ: ರೋಗಿಯ ಗುರುತನ್ನು ಕಟ್ಟುನಿಟ್ಟಾಗಿ ಗೌಪ್ಯತೆಯಿಂದ ಇಡಲಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಪೂರ್ಣವಾದ ಮಟ್ಟಿಗೆ ರಕ್ಷಿಸಲಾಗುವುದು. ಕಾರ್ಯಕ್ರಮ ಸಿಬ್ಬಂದಿ ವರದಿಗಾರರ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು ಸಾರ್ವಜನಿಕವಾಗಿ ಬಹಿರಂಗಪಡಿಸುವುದಿಲ್ಲ.

Instructions to Complete the Reporting Form
ವರದಿಯ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲು ಸೂಚನೆಗಳು

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 medicines and medicines advised by (Doctor, Pharmacists, 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 Medicines (Name of Medicines, Quantity of Medicines taken, Expiry Date, start and stop date of Medicines) that have caused side effect.
- ✓ Please provide Dosage form (Tablets, Capsule, injections, 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 the side effect.

ವಿಭಾಗ 1 - ರೋಗಿಯ ವಿವರಗಳು

- ✓ ರೋಗಿಯ ಮೊದಲಕ್ಷರವನ್ನು, ಹೆಸರಿನ ಮೊದಲ ಅಕ್ಷರ ಮತ್ತು ಉಪನಾಮದ ಮೊದಲ ಅಕ್ಷರ ಸೇರಿಸಿ ಬರೆಯಿರಿ (ಉದಾ ಪ್ರದೀಪ್ ಶರ್ಮಾ ಪಿಎಸ್)
- ✓ ವೈಯಕ್ತಿಕ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು (ಲಿಂಗ, ವಯಸ್ಸು) ಒದಗಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ -2 ಆರೋಗ್ಯದ ಮಾಹಿತಿ

- ✓ ಔಷಧ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಲು ಇರುವ ಕಾರಣ (ಗಳು) . ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ಸೂಚಿಸಿದವರನ್ನು (: ವೈದ್ಯರು....... ಔಷಧ ವ್ಯಾಪಾರಿ ...... ಸ್ನೇಹಿತರು / ಸಂಬಂಧಿಗಳು .....ಸ್ವತಃ) ತಿಳಿಸಿ

ವಿಭಾಗ 3 - ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ವರದಿ ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಯ ವಿವರಗಳು

- ✓ ವರದಿಯನ್ನು ನಿರ್ಣಯಿಸಲು ಹೆಸರು(ಐಚ್ಛಿಕ), ವಿಳಾಸ, ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ.ಮತ್ತು ಇಮೇಲ್ ಒದಗಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ 4 - ಔಷಧಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿರುವ/ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ವಿವರಗಳು

- ✓ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ಉಂಟುಮಾಡಿದ ಔಷಧಗಳ ಬಗ್ಗೆ ಎಲ್ಲಾ ವಿವರಗಳನ್ನು ನೀಡಿ(ಔಷಧಗಳ ಹೆಸರು, ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಔಷಧಗಳ ಪ್ರಮಾಣ, ಕೊನೆಯ ದಿನಾಂಕ ಔಷಧಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಆರಂಭದ ಮತ್ತು ಅಂತ್ಯದ ದಿನಾಂಕ) .
- ✓ ದಯವಿಟ್ಟು ಡೋಸೇಜ್ ಫಾರ್ಮ ಒದಗಿಸಿ ಮತ್ತು ಬೇರೆ ಇದ್ದಲ್ಲಿ (ಟ್ಯಾಬ್ಲೆಟ್ ಗಳು, ಕ್ಯಾಪ್ಸೂಲ್ ಗಳು, ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಗಳು, ಬಾಯಿಯ ದ್ರವ) ಅವುಗಳನ್ನೂ ಸೂಚಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ 5 – ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮದ ಬಗ್ಗೆ

- ✓ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಆರಂಭವಾದ ಮತ್ತು ಮುಕ್ತಾಯಗೊಂಡ ದಿನಾಂಕಗಳನ್ನು ಒದಗಿಸಿ ಮತ್ತು ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಮುಂದುವರೆದಿದೆಯೇ ಎಂಬುದನ್ನೂ ಸೂಚಿಸಿ.

ವಿಭಾಗ 6 – ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮ ಎಷ್ಟು ಹಾನಿಕಾರಕವಾಗಿತ್ತು

- ✓ ಅನ್ವಯವಾಗುವ ಪೆಟ್ಟಿಗೆಗಳನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು √ ಎಂದು ಟಿಕ್ ಮಾಡಿ)

ವಿಭಾಗ 7 ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿ

- ✓ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮದ ವಿವರಗಳನ್ನು ವಿವರಿಸಿ ಮತ್ತು ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮವನ್ನು ನಿರ್ವಹಿಸಲು ಯಾವ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಿ ಎಂಬುದನ್ನು ದಯವಿಟ್ಟು ತಿಳಿಸಿ.

Thank you for taking the time to complete this form/ಈ ನಮೂನೆಯನ್ನು ಪೂರ್ಣಗೊಳಿಸಲು ಸಮಯ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದಕ್ಕೆ ಧನ್ಯವಾದಗಳು