
	<b>GREENSIGNAL BIO PHARMA PRIVATE LIMITED</b>
	No.49, Pappankuppam Village, Gummidipoondi, Chennai – 601201.
<b>Suspected Adverse Drug Reaction Reporting Form</b> #For Voluntary Reporting of ADRs by Public or Healthcare Professionals	

<b>୧. ରୋଗୀର ବିବରଣୀ</b>				
ରୋଗୀର ହସ୍ତାକ୍ଷର: <input type="text"/>	ଲିଙ୍ଗ (✓): ପୁ. <input type="checkbox"/> ସ୍ତ୍ରୀ. <input type="checkbox"/> ଅନ୍ୟ <input type="checkbox"/>	ବୟସ (ବର୍ଷ କିମ୍ବା ମାସ): <input type="text"/>		
<b>୨. ସ୍ୱାସ୍ଥ୍ୟ ସୂଚନା</b>				
(କ) ଔଷଧ ସେବନ ର କାରଣ (ରୋଗ/ଲକ୍ଷଣ): <input type="text"/>				
(ଖ) ଔଷଧ ପରାମର୍ଶ ଦାତା (✓): ଡାକ୍ତର <input type="checkbox"/> ଫାର୍ମାସିଷ୍ଟ <input type="checkbox"/> ବନ୍ଧୁ/ସମ୍ପର୍କୀୟ <input type="checkbox"/> ନିଜେ (ଅତୀତ ରୋଗର ଅଭିଜ୍ଞତା / ଅତୀତ ରୋଗର ଅଭିଜ୍ଞତା ନାହିଁ) <input type="checkbox"/>				
<b>୩. କୁପ୍ରଭାବ ରିପୋର୍ଟ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ର ବିବରଣୀ</b>				
ନାମ (ଲକ୍ଷ୍ମୀଧର): <input type="text"/>				
ଠିକଣା: <input type="text"/>				
ଟେଲିଫୋନ୍ ନମ୍ବର: <input type="text"/>		ଇମେଲ୍: <input type="text"/>		
<b>୪. ଔଷଧ ସେବନ କରିଥିବା/କରୁଥିବାର ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ବିବରଣୀ</b>				
ଔଷଧର ନାମ	ଔଷଧ ର ପରିମାଣ (ଉଦାହରଣ ୨୫୦ ମି.ଗ୍ରା.ଦିନକୁ ୨ ଥର)	ଔଷଧ ସମାପ୍ତୀ(ଏକ୍ସପାୟରୀ) ର ତାରିଖ	ଔଷଧ ସେବନ ଆରମ୍ଭ କରିବାର ତାରିଖ	ଔଷଧ ସେବନ ବନ୍ଦ କରିବାର ତାରିଖ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd/mm/yy	dd/mm/yy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd/mm/yy	dd/mm/yy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd/mm/yy	dd/mm/yy
ଖୁରାକ ର ପ୍ରକାର (✓): ବଟିକା <input type="checkbox"/> କ୍ୟାପସୁଲ୍ <input type="checkbox"/> ଇନ୍ଫେକ୍ସନ୍ <input type="checkbox"/> ସିରମ୍ <input type="checkbox"/> ଯଦି ଅନ୍ୟକିଛି (ଦୟାକରି ବର୍ଣ୍ଣନା.....)				
<b>୫. କୁପ୍ରଭାବ ସମ୍ବନ୍ଧୀୟ</b>				
କୁପ୍ରଭାବ ଆରମ୍ଭ କେବେ ହେଲା ? <input type="text"/>		କୁପ୍ରଭାବ ଛାଡି ଅଛି (ହଁ/ନା): <input type="text"/>		
କୁପ୍ରଭାବ ବନ୍ଦ କେବେ ହେଲା ? <input type="text"/>				
<b>୬. କୁପ୍ରଭାବ ର ଖ୍ୟାତୀକାରିତା ? (ଦୟାକରି କୋଠରୀ ରେ ✓ ଦିଅନ୍ତୁ)</b>				
<input type="checkbox"/> ଦୈନନ୍ଦିନ କାର୍ଯ୍ୟରେ ପ୍ରଭାବିତ ହେଉନଥିଲା		<input type="checkbox"/> ଦୈନନ୍ଦିନ କାର୍ଯ୍ୟରେ ପ୍ରଭାବିତ ହେଉଥିଲା		
<input type="checkbox"/> ଡାକ୍ତରଖାନାରେ ଭର୍ତ୍ତି ହେଉଥିଲେ		<input type="checkbox"/> ପୁରୁଷ		
<input type="checkbox"/> ଅନ୍ୟ				
<b>୭. କୁପ୍ରଭାବ ର ବର୍ଣ୍ଣନା (କୁପ୍ରଭାବ କୁ ରୋକିବା ପାଇଁ କ'ଣ କରିଛନ୍ତି?)</b>				
<input type="text"/>				
<input type="text"/>				

ଏହି ସୂଚନା ସ୍ୱେଚ୍ଛାକୃତ ଅଟେ, ଏହାର କିଛି ବୈଧ ସମ୍ବନ୍ଧ ନାହିଁ । ରୋଗୀର ସୁରକ୍ଷା ହେଉଛି ଏହାର ଲକ୍ଷ । ଆପଣଙ୍କ ସମ୍ପର୍କୀୟ ଅଂଶଗୁଡ଼ିକ ମୁଲ୍ୟବାନ ଅଟେ, ଏହି ଫର୍ମ୍ ରେ ଦିଆଯାଇଥିବା ସୂଚନା ପ୍ରତିକୃତ ଔଷଧ ପ୍ରଭାବ କେନ୍ଦ୍ର କୁ ଅନୁସରଣ ପାଇଁ ପଠାଯିବ । ଯେତେବେଳେ କାର୍ଯ୍ୟକର୍ତ୍ତା ଅଧିକ ସୂଚନା ପାଇଁ ଯୋଗାଯୋଗ କରିବେ ଆପଣଙ୍କୁ ସହଯୋଗ ପାଇଁ ଅନୁରୋଧ । ଆପଣଙ୍କ ପାଖରେ ସମ୍ପୂର୍ଣ୍ଣ ସୂଚନା ନଥିଲେ ମଧ୍ୟ ରିପୋର୍ଟ କରନ୍ତୁ ।

ସୂଚନା ପଡ଼ିବା ପାଇଁ ଦୟାକରି ପ୍ରତ୍ୟା ପରଗତୁ ।

	<b>GREENSIGNAL BIO PHARMA PRIVATE LIMITED</b> No.49, Pappankuppam Village, Gummidipoondi, Chennai – 601201.
Suspected Adverse Drug Reaction Reporting Form #For Voluntary Reporting of ADRs by Public or Healthcare Professionals	

ଗୋପନୀୟତା- ରୋଗୀ ର ପରିଚୟ ଗୋପନୀୟ ରଖାଯିବ ଏବଂ ପୂର୍ଣ୍ଣତାରେ ସୁରକ୍ଷିତ ରଖାଯିବ । ଜନସାଧାରଣଙ୍କ ଆଶା ଏବଂ ଅନୁରୋଧ କାର୍ଯ୍ୟକର୍ତ୍ତା ଉପୋକ୍ତ ପରିଚୟ ଗୋପନୀୟ ରଖିବେ ।

### ଫର୍ମ ପୂରଣ କରିବାର ସୂଚନା

ବିଭାଗ -୧: ରୋଗୀ ର ବିବରଣୀ

ରୋଗୀ ର ହସ୍ତାକ୍ଷର (ଉପାହରଣ - ରେଣୁକା ଭୋଇ (ରେଭୋ) ।

✓ ନିଜ ର ବ୍ୟକ୍ତିଗତ ସୂଚନା ଦିଅନ୍ତୁ (ଲିଙ୍ଗ, ବୟସ ) ।

ବିଭାଗ - ୨: ସ୍ଥାୟୀ ସୂଚନା

✓ ଔଷଧ ର ବିବରଣୀ ଏବଂ ପରାମର୍ଶଦାତା ନାମ (ଡାକ୍ତର, ଫାର୍ମାସିଷ୍ଟ, ବନ୍ଧୁ/ ସମ୍ପର୍କୀୟ ଓ ନିଜେ) ।

ବିଭାଗ - ୩ : କୁପ୍ରଭାବ ର ଉପୋକ୍ତ କରୁଥିବା ବ୍ୟକ୍ତି ର ବିବରଣୀ

✓ ବ୍ୟକ୍ତି ର ନାମ (ଲକ୍ଷ୍ମୀଧର), ଠିକଣା, ଟେଲିଫୋନ ନମ୍ବର, ଇ-ମେଲ୍ ଦର୍ଶାନ୍ତ ।

ବିଭାଗ - ୪: ସେବନ କରିଥିବା / କରୁଥିବା ଔଷଧ ର ବିବରଣୀ ଦର୍ଶାନ୍ତ ।

✓ କୁପ୍ରଭାବ କରିଥିବା / କରୁଥିବା ଔଷଧ ର ପୂରା ବୀବରଣୀ ଦର୍ଶାନ୍ତ ( ଔଷଧ ନାମ, ଔଷଧ ର ପରିମାଣ, ସମାପ୍ତୀ(ଏକ୍ସପାୟରୀ) ର ତାରିଖ, ସେବନ ଆରମ୍ଭ ଏବଂ ବନ୍ଦ ତାରିଖ ) ।

✓ ଦୟାକରି ଔଷଧ ଖୁରାକ ର ପ୍ରକାର ଦର୍ଶାନ୍ତ (ବଟିକା, କ୍ୟାପସୁଲ୍, ଇନିଞ୍ଜେକ୍ସନ୍, ସିରସ୍ ଇତ୍ୟାଦି) ଏବଂ ଯଦି ଅନ୍ୟକିଛି ଦୟାକରି ଦର୍ଶାଅ ।

ବିଭାଗ - ୫ : କୁପ୍ରଭାବ ବିଷୟରେ ଦର୍ଶାନ୍ତ

✓ କୁପ୍ରଭାବ ଆରମ୍ଭ ତାରିଖ ଏବଂ ଶେଷ ହେବାର ତାରିଖ ।

ବିଭାଗ -୬ : କୁପ୍ରଭାବ ର ଖ୍ୟତିକାରିତା ।

✓ ଦୟାକରି ବିଆୟାଜିଥିବା କୋଠରୀରେ v ଚିହ୍ନ ଦିଅନ୍ତୁ ।

ବିଭାଗ - ୭ : କୁପ୍ରଭାବ ର ବିବରଣୀ ଦର୍ଶାନ୍ତ

✓ କୁପ୍ରଭାବ ର ବିବରଣୀ ଏବଂ କୁପ୍ରଭାବ ଦୂରୀକରଣ ପାଇଁ ନେଇଥିବା ଚିକିତ୍ସା ର ବିବରଣୀ ଲେଖନ୍ତୁ ।

ଏହି ଫର୍ମଟିକୁ ପୂରଣ କରିବା ପାଇଁ ସମୟ ଦେଇଥିବାରୁ ଧନ୍ୟବାଦ ।