

प्रतिकूल दवा प्रतिक्रिया रिपोर्टिंग फॉर्म

1 मरीज का नाम पहला, अंतिम	1. देश	2. जन्म तिथि			2ए. आयु	3. सेक्स	4-6 प्रतिक्रिया शुरुआत			8-12 सभी की जांच करें प्रतिकूल प्रतिक्रिया के लिए उपयुक्त
		दिन	महीना	सालों	साल		दिन	महीना	सालों	
7 + 13 प्रतिक्रिया (ओ) का वर्णन (प्रासंगिक परीक्षणों सहित/										<input type="checkbox"/> मरीज की मौत <input type="checkbox"/> लंबे समय तक पेशेंट अस्पताल में भर्ती <input type="checkbox"/> हठ या महत्वपूर्ण विकलांगता या अक्षमता शामिल <input type="checkbox"/> प्राणघातक <input type="checkbox"/> जन्मजात- विसंगति <input type="checkbox"/> अन्य (निर्दिष्ट)
14. संदिग्ध दवा (ए) (जेनेरिक नाम सहित हैं)										20. क्या दवा रोकने के बाद प्रतिक्रिया कम? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> कुछ नहीं
15. दैनिक खुराक (के)					16. प्रशासन का मार्ग					21. क्या रिट्रो के बाद फिर से प्रतिक्रिया प्रकट हुई- डिडक्शन ? <input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> कुछ नहीं
17. उपयोग के लिए संकेत										<input type="checkbox"/> हां <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> कुछ नहीं
18. थेरेपी तिथियां (कब से कब तक)					19. चिकित्सा अवधि					
22. सहवर्ती दवा (ओ) और निरीक्षण प्रक्रिया की तारीखें (प्रतिक्रिया के इलाज के लिए इस्तेमाल किया उन लोगों के अलावा)										

23. अन्य प्रासंगिक इतिहास (जैसे निदान, एलर्जी, अवधि के अंतिम महीने के साथ गर्भावस्था, आदि)	
24a. नाम और निर्माता का पता	26. रिपोर्टर विवरण
24b. MFR नियंत्रण क्रमांक।	
24c. प्राप्त तिथि निर्माता द्वारा	
इस रिपोर्ट की तारीख	25a. रिपोर्ट प्रकार प्रारंभिक फॉलोअप <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>