

C. शंकास्पद दवाइयां :

1. सामान्य नाम	ब्रांड नाम	खुराक रूप और लेबल शक्ति	लॉट नंबर/बैच नंबर	समाप्ति तिथि	निर्माता
# 1					
# 2					
# 3					
# 4					
7. प्रतिदिन खुराक (जैसे मि.ग्रा., मि.ली., मि.ग्रा./किग्रा.)	8. आवृत्ति	9. प्रशासन का मार्ग	10. संदिग्ध दवाओं के उपयोग के लिए संकेत	11. उपचार तिथियाँ (यदि अज्ञात हो, तो अवधि दें)	
# 1				शुरुआत	समाप्ति
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				dd/mm/yyyy	
				उपचार अवधि: _____ (दिन)	
# 2				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				dd/mm/yyyy	
				उपचार अवधि: _____ (दिन)	
# 3				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				dd/mm/yyyy	
				उपचार अवधि: _____ (दिन)	
# 4				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				dd/mm/yyyy	
				उपचार अवधि: _____ (दिन)	

12. घटना उपयोग रोकने या खुराक घटाने के बाद समाप्त हो गया : 13. घटना पुनःशुरू करने के बाद फिर से उत्पन्न हुई :

1 हाँ नहीं प्रासंगिक नहीं है हाँ नहीं प्रासंगिक नहीं है

2 हाँ नहीं प्रासंगिक नहीं है हाँ नहीं प्रासंगिक नहीं है

14. दवा के साथ प्रतिकूल घटना का संबंध: (कृपया उचित विकल्प चयन करें) : संबंधित असंबंधित

साथ में उपयोग किए गए चिकित्सा उत्पाद और उपचार की तिथियाँ, जिसमें स्व-उपचार और हर्बल / जड़ी-बूटी युक्त उपचार शामिल हैं:

15. (घटना के इलाज के लिए उपयोग की जाने वाली दवाओं के अलावा) :

सामान्य नाम	खुराक रूप और लेबल शक्ति	दैनिक खुराक (इकाइयों का चयन करें - जैसे मि.ग्रा., मि.ली., मि.ग्रा./किग्रा.)	प्रशासन का मार्ग	दवा के उपयोग के लिए संकेत	प्रारंभिक तिथि	समाप्ति तिथि
# 1					<input type="text"/>	<input type="text"/>
					dd/mm/yyyy	dd/mm/yyyy
# 2					<input type="text"/>	<input type="text"/>
					dd/mm/yyyy	dd/mm/yyyy
# 3					<input type="text"/>	<input type="text"/>
					dd/mm/yyyy	dd/mm/yyyy
# 4					<input type="text"/>	<input type="text"/>
					dd/mm/yyyy	dd/mm/yyyy

D. संचारक

1. नाम और पता : _____

टेलीफोन नं. (एसटीडी कोड सहित) : _____

2. इस रिपोर्ट की तिथि : 3. स्वास्थ्य पेशेवर? हाँ नहीं 4. व्यवसाय : _____

5. इसकी सूचना भी दी गई : नियामक प्राधिकारी वितरक कोई और नहीं 6. रिपोर्ट प्रकार : प्रारंभिक पालन करें

कृपया यह फॉर्म यहां भेजें:

कॉर्पोरेट फार्माकोविजिलेंस सेल

इफ्का लैबोरेटरीज लिमिटेड.

142-ए बी, कांदिवली इंडस्ट्रियल एस्टेट, कांदिवली (पश्चिम), मुंबई 400 067, भारत

Mob: +91 2266474105,

E-mail: pharmacovigilance.mumbai@ipca.com

हस्ताक्षर _____