

**ADVERSE EVENT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)**  
 प्रतिकूल घटना रिपोर्टिंग फॉर्म (उपभोक्ताओं के लिए)

**1) Patient Details / रोगी का विवरण**

|  |   |
|--|---|
| Patient Initials / रोगी के आद्याक्षर: _____<br>Example: write SKS for Sunil Kumar Sharma/ उदाहरण : सुनील कुमार शर्मा के लिए सु कु श लिखें                                    | Age (Year) / आयु ((वर्ष): _____<br>Weight (in kg)/ वज़न (कि.ग्रा.): _____ |
| Please Tick / कृपया सही का निशान लगाएं (✓)<br>Gender/ लिंग: <input type="checkbox"/> Male/ पुरुष <input type="checkbox"/> Female/ महिला <input type="checkbox"/> Other/ अन्य |   |

**2) Health Information / स्वास्थ्य सम्बन्धी जानकारी**

|   |
|---|
| Reason of taking medicine (Disease/symptoms)/ दवा लेने का कारण (रोग /लक्षण):<br><br>Please Tick / कृपया सही का निशान लगाएं (✓)<br>Medicine advised by/ दवाई की सलाह देने वाला<br><input type="checkbox"/> Doctor/ डॉक्टर <input type="checkbox"/> Pharmacist / फार्मासिस्ट <input type="checkbox"/> Friends/Relatives मित्र/ रिश्तेदार <input type="checkbox"/> Self/ स्वयं |
|---|

**3) Details of Person Reporting the Adverse Event / प्रतिकूल घटना की सूचना देने वाला व्यक्ति का विवरण**

|                                  |                |
|----------------------------------|----------------|
| Name (Optional)/ नाम (वैकल्पिक): |                |
| Address/ पता:                    |                |
| Phone No. / फ़ोन नं.:            | Email / ईमेल : |

**4) Details of Medicine Taking/ Taken ली जा रही / ली जा चुकी दवाई का विवरण**

| S. No.<br>क्र. सं. | Name of Medicine<br>दवाई का नाम |                                | Manufact-<br>urer name<br>मैनुफ़ैक्चरर<br>नाम | Batch/<br>Lot No.<br>बैच/लॉट<br>नंबर | Drug<br>Expiry date<br>दवाई<br>समाप्ति<br>दिनांक | Quantity of medicine<br>taken (Example: 250 mg<br>two times a day) ली गई<br>दवा की मात्रा (उदाहरण 250<br>मिलीग्राम दिन में दो बार) | Date of start<br>of medicine<br>दवा शुरू करने<br>की तारीख<br>DD/MM/YYYY | Date of stop<br>of medicine<br>दवा बंद करने<br>की तिथि<br>DD/MM/YYYY |
|--------------------|---------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------------|--|--|---|--|
|                    | Brand<br>Name/<br>ब्रांड नाम    | Generic<br>Name<br>जेनेरिक नाम |   |                                      |  |  |   |  |
| 1.                 |                                 |                                |   |                                      |  |  |   |  |
| 2.                 |                                 |                                |   |                                      |  |  |   |  |
| 3.                 |                                 |                                |   |                                      |  |  |   |  |

|   |
|---|
| Please Tick / कृपया सही का निशान लगाएं (✓)<br>Dosage Form/ खुराक का स्वरूप<br><input type="checkbox"/> Tablet / टेबलेट <input type="checkbox"/> Capsule/ कैप्सूल <input type="checkbox"/> Injection / इंजेक्शन <input type="checkbox"/> Oral Liquids / मौखिक तरल<br><input type="checkbox"/> other/ अन्य (please specify/ कृपया निर्दिष्ट करें) _____ |
|---|

**5) Describe the adverse event / प्रतिकूल घटना का वर्णन करें**

|  |
|--|
| When did the adverse event start? प्रतिकूल घटना कब शुरू हुई थी? (DD/MM/YYYY) _____<br>When did the adverse event stop? प्रतिकूल घटना कब समाप्त हुआ था? (DD/MM/YYYY) _____<br>Adverse event is still Continuing? (Yes/No)/ प्रतिकूल घटना अभी भी जारी है (हां / नहीं)? _____ |
|--|

**ADVERSE EVENT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)**  
प्रतिकूल घटना रिपोर्टिंग फॉर्म (उपभोक्ताओं के लिए)**6) How bad was the adverse event / प्रतिकूल घटना कितना हानिकारक था ?**

Please Tick / कृपया सही का निशान लगाएं (✓)

- Did not affect daily activities / दैनिक गतिविधियां प्रभावित नहीं हुई थी
- Affect Daily Activities / दैनिक गतिविधियां प्रभावित हुईं
- Admitted to Hospital/ अस्पताल में भर्ती होना पड़ा  Death / मृत्यु  Other / अन्य

Describe the adverse event (What did you do to manage the adverse event?) / प्रतिकूल घटना का वर्णन करें (प्रतिकूल घटना से छुटकारा प्राप्त करने के लिए आपने क्या किया)?

**Send the complete form by mail or post to this address /  
मेल या पोस्ट के द्वारा पूर्ण भरा फॉर्म नीचे दिए पते पर भेजे।**M/s Synokem Pharmaceuticals Ltd.,  
Pharmacovigilance department, 14/486, Sunder Vihar,  
Outer Ring Road, Paschim Vihar, New Delhi-110087, India.Or email the scanned copy to [pv@synokempharma.com](mailto:pv@synokempharma.com) /  
[ska@synokempharma.com](mailto:ska@synokempharma.com)**Note/ नोट:**

- Attach photo copy of Medicine Bill Receipt and Doctor's Prescription / दवा बिल रसीद और डॉक्टर के पर्चे की फोटोकॉपी संलग्न करें।
- If any additional data (lab reports), then please attach with this form / यदि कोई अतिरिक्त डेटा (लैब रिपोर्ट्स) है, तो कृपया इस फॉर्म के साथ संलग्न करें।

**Confidentiality: This reporting is voluntary, has no legal implication and aims to improve patient safety. Your active participation is valuable. The patient's identity is held in strict confidence and protected to the fullest extent. Submission of a report does not constitute an admission that medical personnel or manufacturer or the product caused or contributed to the reaction.**

गोपनीयता: यह रिपोर्टिंग स्वैच्छिक है, इसका कोई कानूनी निहितार्थ नहीं है और इसका उद्देश्य रोगी की सुरक्षा में सुधार करना है। आपकी सक्रिय भागीदारी मूल्यवान है। रोगी की पहचान को पूर्णतः गुप्त और सुरक्षित रखा जाएगा। रिपोर्ट सूचना देने का यह मतलब नहीं है कि चिकित्सा कर्मियों या निर्माता या उत्पाद के कारण प्रतिकूल घटना हुई है या इनसे कोई सम्बन्ध है।

**This section filled by Synokem only**

Report ID: \_\_\_\_\_

Receipt Date: \_\_\_\_\_

Signature and name of receiving PV-personnel at Synokem

\_\_\_\_\_