

Adverse Event Reporting Form (प्रतिकूल घटना रिपोर्टिंग फॉर्म)

Whether you are a patient, caregiver or healthcare professional, it is important to report adverse events.

चाहे आप मरीज़ हों, देखभाल करने वाले हों या स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर हों, प्रतिकूल घटनाओं की रिपोर्ट करना महत्वपूर्ण है।

Please provide as many details as possible to help us to understand the case better.

(कृपया मामले को बेहतर समझने के लिए जितना संभव हो सके उतना वर्णन दे।)

Disclaimer: Reporting on ADR/ adverse reactions is a voluntary act, and all information will be treated confidentially. While we value your input, reporting does not constitute medical advice or diagnosis. The ADR form should not be misused or submitted for any purpose other than reporting genuine adverse events. Data may be shared with regulatory authorities as required by prescribed law. We recommend seeking professional medical advice for any health concerns related to the product.

अस्वीकरण: एडीआर/प्रतिकूल प्रतिक्रियाओं पर रिपोर्टिंग एक स्वैच्छिक कार्य है, और सभी जानकारी को गुप्त रखा जाएगा। हालाँकि हम आपके इनपुट को महत्व देते हैं, लेकिन रिपोर्टिंग चिकित्सा सलाह या रोगनिदान नहीं है। वास्तविक प्रतिकूल घटनाओं की रिपोर्ट करने के अलावा किसी अन्य उद्देश्य के लिए एडीआर फॉर्म का दुरुपयोग या प्रस्तुत नहीं किया जाना चाहिए। निर्धारित कानून के अनुसार डेटा को नियामक अधिकारियों के साथ शेयर किया जा सकता है। हम उत्पाद से संबंधित किसी भी स्वास्थ्य संबंधी चिंता के लिए पेशेवर चिकित्सा सलाह लेने का सुझाव देते हैं।

Note - If you don't have the information for the required fields, please state not applicable "NA".

(यदि आपके पास आवश्यक फ़ील्ड की जानकारी नहीं है, तो कृपया लागू नहीं होने वाला "एनए (NA)" लिखें।)

This adverse event, contact details and the personal information provided shall be handled by Amneal in accordance with Amneal's Privacy Policy, which is available

here: <https://amneal.com/internet-privacy-policy/>

(इस प्रतिकूल घटना, संपर्क विवरण और प्रदान की गई व्यक्तिगत जानकारी को एमनील की गोपनीयता नीति के अनुसार एमनील द्वारा नियंत्रित किया जाएगा, जो यहां उपलब्ध है: <https://amneal.com/internet-privacy-policy/>।)

I acknowledge Amneal's Privacy Policy

Date of this Report (इस रिपोर्ट की तारीख) *

mm/dd/yyyy

Reporter's Initials (रिपोर्टर का नाम) *

Does Amneal have permission to contact the Patient's Healthcare Professional about the event you are reporting? (क्या आप जिस घटना की रिपोर्ट कर रहे हैं उसके बारे में एमनील के पास रोगी के स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर से संपर्क करने की अनुमति है?)

Yes No

Yes, I am the Healthcare Professional

Reporter's Contact No. (रिपोर्टर का संपर्क नंबर)



Reporter's Email Id (रिपोर्टर का ईमेल आईडी)

Reporter Is (रिपोर्टर है) *

- Physician (चिकित्सक)
 Other Healthcare Professional (अन्य स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर)
 Patient (मरीज़)
 Family (परिवार)
 Caregiver (देखभालकर्ता)
 Other (अन्य or दूसरा)

Patient's Initial (रोगी का नाम) *

Patient's Age or Date of Birth (रोगी की आयु या जन्म तारीख)

Patient's Gender (रोगी का लिंग) *

- Male (पुरुष) Female (महिला) Unknown (अन्य)

Patient's Weight (रोगी का वजन)

Does Amneal have permission to contact the Patient about this report? (क्या एमनील के पास इस रिपोर्ट के बारे में रोगी से संपर्क करने की अनुमति है?)

- Yes No

Patient's Contact No. (रोगी का संपर्क नंबर)

Patient's Email ID (रोगी का ईमेल आईडी)

Country where event occurred (देश जहां घटना घटी) *

- India (भारत)
 United States of America (संयुक्त राज्य अमेरिका)
 Other (अन्य)

Adverse Event Description (प्रतिकूल घटना का विवरण) *

Event Reaction Start Date (घटना प्रतिक्रिया आरंभ दिनांक)

mm/dd/yyyy 

Event Reaction Stop Date (घटना प्रतिक्रिया समाप्ति दिनांक)

mm/dd/yyyy 

Event Outcome (घटना का परिणाम)

- Recovered/Resolved (पुनर्प्राप्ति/समाधान)
- Recovering/Resolving (पुनर्प्राप्ति करना/समाधान करना)
- Not recovered/Not resolved /Ongoing (पुनर्प्राप्ति नहीं/समाधान नहीं/चल रहा है)
- Recovered/Resolved with sequelae (सी वेल के साथ पुनर्प्राप्ति/समाधान)
- Fatal (घातक)
- Unknown (अज्ञात)


Product's Name (Brand/ Generic) (उत्पाद / प्रोडक्ट का नाम (ब्रांड/जेनेरिक)) *

Dosage Formulation (for e.g. Tablet, Capsule, Injection and etc.) दवा का सूत्रीकरण (उदाहरण के लिए टैबलेट, कैप्सूल, इंजेक्शन और आदि)

Product's Strength (for e.g. 10 mg, 10 ml and etc.) उत्पाद की मात्रा (उदाहरण के लिए 10 मिलीग्राम, 10 मिलीलीटर और आदि)

Batch/Lot Number (बैच/लॉट संख्या)

Expiry Date (समाप्ति तिथि)

mm/dd/yyyy 

Dose (दवा की मात्रा)