

## MEDICINES SIDE EFFECT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)

### औषधि दुष्प्रभाव सूचना फॉर्म (उपभोक्ताओं के लिए)

The data provided by you shall be used by the company or its affiliates or service provider to evaluate the safety of our product and may be shared with relevant regulatory bodies. You may withdraw your consent anytime, if you wish to

I agree and authorized the company or its affiliates or service provider to use the data provided by me to evaluate the safety of their product. I understand that I can withdraw my consent anytime, if I wish to.

1. Patient Details/ रोगी का विवरण				
Patient Initials/ रोगी के आद्याक्षरः	<input type="text"/>	Gender/ लिंग (v): Male/ पुरुष <input type="checkbox"/> Female/ स्त्री <input type="checkbox"/>	Age (Year or Month)/ आयु (वर्ष या माह):	
2. Health Information/ स्वास्थ्य संबंधी जानकारी				
a. Reason(s) for taking medicine(s)(Disease/Symptoms)/ दवा(दवाएँ) लेने का कारण (रोग / लक्षण):				
b. Medicines Advised by/ दवाई की सलाह देने वाला (v): Doctor/ डॉक्टर <input type="checkbox"/> Pharmacist/ फॉर्मासिस्ट <input type="checkbox"/> Friends/Relatives/ मित्र / रिश्तेदार <input type="checkbox"/> Self (Past disease experienced/No past disease experienced)/ स्वयं (पूर्व बीमारी का अनुभव / पूर्व बीमारी का कोई अनुभव नहीं) <input type="checkbox"/>				
3. Details of Person Reporting the Side Effect/ दुष्प्रभाव की सूचना देने वाले व्यक्ति का विवरण				
Name (Optional)/ नाम (वैकल्पिक):				
Address/ पता:				
Telephone No/ टेलीफोन नं:		Email/ ईमेल:		
4. Details of Medicine Taking/Taken/ ली जा रही है / ली जा चुकी दवाई का विवरण				
Name of Medicines/ दवाइयों का नाम	Quantity of Medicines taken (e.g. 250 mg, Two times a day)/ ली गई दवाई की मात्रा (उदाहरण के लिए 250 मिग्रा, एक दिन में दो बार)	Expiry Date of Medicines/ दवा का निष्क्रिय होने की तिथि	Date of Start of Medicines/ दवाइया आरंभ करने की तिथि	Date of Stop of Medicines/ दवाइयां रोकने की तिथि
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
			dd/mm/yy	dd/mm/yy
Dosage form/खुराक का स्वरूप (v) : Tablet/ गोली (टेबलेट) <input type="checkbox"/> Capsule/ कैप्सूल <input type="checkbox"/> Injection/ इंजेक्शन <input type="checkbox"/> Oral Liquids/ मौखिक तरल <input type="checkbox"/> If Others (Please Specify.....) यदि अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें.....)				
5. About the Side Effect/ दुष्प्रभाव के बारे में				
When did the side effect start?/ दुष्प्रभाव की शुरुआत कब हुई थी?		<input type="text"/>	Side Effect is still Continuing ( Yes/No)/	
When did the side effect stop?/ दुष्प्रभाव कब समाप्त हुआ था?		<input type="text"/>	क्या दुष्प्रभाव जारी है (हां/ नहीं): <input type="text"/>	
6. How bad was the Side Effect? (Please v the boxes that Apply)/ दुष्प्रभाव कितने हानिकारक थे? (कृपया जो लागू हो, उस पर v का निशान लगाएं)				
<input type="checkbox"/> Did not affect daily activities/ दैनिक गतिविधिया प्रभावित नहीं हुई थी	<input type="checkbox"/> Affect daily activities/ दैनिक गतिविधिया प्रभावित हुई			
<input type="checkbox"/> Admitted to hospital/ अस्पताल ले जाना पड़ा	<input type="checkbox"/> Death/ मृत्यु			
<input type="checkbox"/> Others/ अन्य				
7. Describe the Side Effect (What did you do to manage the side effect?)/ दुष्प्रभाव की व्याख्या करें (आपने दुष्प्रभावों से छुटकारा प्राप्त करने के लिए क्या किया)?				

This reporting is voluntary, has no legal implication and aims to improve patient safety. Your active participation is valuable. You are requested to cooperate with the company officials when they contact you for more details. Please do report even if you do not have all the information.

यह रिपोर्टिंग स्वैच्छिक है, कोई कानूनी निहितार्थ नहीं है और इसका लक्ष्य मरीज की सुरक्षा में सुधार करना है। आपकी सक्रिय भागीदारी मूल्यवान है। आपसे अनुरोध है कि आप कंपनी के अधिकारियों को सहयोग करें जब वे अधिक जानकारी प्राप्त करने के लिए आपसे संपर्क करें। कृपया पूर्ण जानकारी न होने पर भी सचिंत करें।

Send your report by mail to/ मेल के द्वारा अपनी रिपोर्ट निम्न पते पर भेजें

## Zydus Lifesciences Limited

Zydus Corporate Park  
Scheme No. 63, Survey No.536,  
Khoraj (Gandhinagar), Nr. Vaishnodevi Circle  
Sarkhej – Gandhinagar Highway, Ahmedabad – 382481,  
Gujarat, India  
Email: [drugsafety@zyduslife.com](mailto:drugsafety@zyduslife.com)  
For more details visit us at [www.zyduslife.com](http://www.zyduslife.com)



Call us on/ हमे फोन करें

**1800-419-1141**

(Toll Free throughout India/ पूरे भारत में टोल फ्री )

Confidentiality: The patient's identity is held in strict confidence and protected to the fullest extent. Company staff is not expected to and will not disclose the reporter's identity in response to a request from the public.

गोपनीयता: रोगी की पहचान को पूर्णतः गुप्त और सुरक्षित रखा जाएगा। कंपनी के स्टाफ से उम्मीद की जाती है कि स्टाफ का कोई भी व्यक्ति सार्वजनिक अनुरोध पर रिपोर्ट देने वाले की पहचान का खुलासा नहीं करेगा।

### Instructions to Complete the Reporting Form

सूचना फॉर्म को पूरा करने के लिए निर्देश

#### Section 1 - Patient Details

- ✓ In patient Initial, write first letter of the name and first letter of the surname (e.g. Pradeep Sharma-PS).
- ✓ Provide personal information (Gender, Age).

#### Section-2 Health Information

- ✓ Provide reason(s) for taking medicines and medicines advised by (Doctor, Pharmacists, Friends/Relatives and Self).

#### Section 3 - Details of Person Reporting the Side Effect

- ✓ Provide the name (optional), address; telephone no. and email are necessary to assess the report.

#### Section 4 - Details of the Medicines Taking/Taken

- ✓ Give all details about the Medicines (Name of Medicines, Quantity of Medicines taken, Expiry Date, start and stop date of Medicines) that have caused side effect.
- ✓ Please provide Dosage form (Tablets, Capsule, injections, Oral liquid) and if others please specify.

#### Section 5 - About the Side Effect

- ✓ Provide side effect start and stop dates and also specify whether the side effect is still continuing.

#### Section 6 - How bad was the Side Effect

- ✓ Please tick marks the appropriate boxes that apply.

#### Section 7- Describe the Side Effect

- ✓ Please describe the details of side effect and what treatment was taken to manage the side effect.

#### निर्देश 1 – रोगी का विवरण

- ✓ रोगी के आद्याक्षर में, नाम का पहला अक्षर लिखें और उपनाम का प्रथम अक्षर लिखें (जैसे प्रदीप शर्मा-प्रश)।
- ✓ व्यक्तिगत जानकारी (लिंग, आयु) प्रदान करें।

#### निर्देश -2 स्वास्थ्य संबंधी जानकारी

- ✓ दवा लेने के कारण और परामर्शदाता का नाम दें (डॉक्टर, फार्मासिस्ट, मित्र/ रिश्तेदार और स्वयं)।

#### निर्देश 3 – दुष्प्रभाव की रिपोर्ट करने वाले व्यक्ति का विवरण दें

- ✓ रिपोर्ट के मूल्यांकन हेतु नाम (वैकल्पिक), पता, टेलीफोन नं और ई-मेल उपलब्ध कराएं।

#### निर्देश 4 – ली जा रही है / ली जा चुकी दवाइयों का विवरण

- ✓ उन दवाइयों (दवाइयों का नाम, ली गई दवाइयां, निष्क्रिय होने की तिथि, दवाइयां शुरू करने एवं रोकने की तिथि) का विवरण दें जिनके कारण आपको दुष्प्रभाव हुआ है।
- ✓ खुराक का स्वरूप (गोली (टेबलेट), कैप्सूल, इंजेक्शन, मौखिक तरल (पीने वाली दवा) और यदि कोई अन्य हो तो निर्दिष्ट करें।

#### निर्देश 5 – दुष्प्रभाव के प्रभाव के बारे में

- ✓ दुष्प्रभाव आरंभ और समाप्त होने की तिथि बताएं और यह भी निर्दिष्ट करें कि क्या दुष्प्रभाव अभी भी जारी है।

#### निर्देश 6 – दुष्प्रभाव कितने हानिकारक थे?

- ✓ कृपया उचित डब्बे पर निशान लगाएं।

#### निर्देश 7- दुष्प्रभाव की व्याख्या करें

- ✓ कृपया दुष्प्रभाव का विवरण और उस दुष्प्रभाव से छुटकारा पाने के लिए क्या उपचार किया गया, विवेचना करें।

इस फॉर्म को पूरा करने के लिए अपना समय देने हेतु आपका धन्यवाद।

Thank you for taking time to complete this form