

ইয়েলো কার্ড



ঔষধের সন্দেহজনক পার্শ্ব বা বিরূপ প্রতিক্রিয়া রিপোর্টিং ফর্ম

SUSPECTED ADVERSE EVENT REPORTING FORM

(রিপোর্ট প্রদানকারী, রোগী, প্রতিষ্ঠান এবং পণ্যের নামের পরিচয় সম্পূর্ণরূপে গোপন রাখা হবে।)
* অত্যাবশ্যকীয় তথ্য প্রযোজ্য ক্ষেত্রে টিক চিহ্ন (✓) দিন



রিপোর্ট নম্বর:..... (ডিজিডিএ কর্তৃক পূরণীয়) রিপোর্টের তারিখ:.....

ক. রোগীর তথ্য:

নাম: * বয়স:
* মোবাইল নম্বর: * লিঙ্গ: গর্ভবতী কিনা? হ্যাঁ / না

খ. পার্শ্ব/বিরূপ প্রতিক্রিয়ার তথ্যাদি: বিরূপ প্রতিক্রিয়ার প্রকৃতি : মারাত্মক মারাত্মক নয়

* পার্শ্ব/বিরূপ প্রতিক্রিয়ার বিবরণ (প্যাথলজিক্যাল রিপোর্টসহ):

* প্রতিক্রিয়া শুরুর তারিখ: চিকিৎসা গ্রহণ করা হয়েছিল কি না? হ্যাঁ / না
* প্রতিক্রিয়া শেষের তারিখ: হ্যাঁ হলে, চিকিৎসার বিবরণ লিখুন:

গৃহীত ব্যবস্থা:

ঔষধ বন্ধ করা হয়েছে
 ঔষধের মাত্রা কমানো হয়েছে
 কোনো ব্যবস্থা নেওয়া হয়নি

ঔষধ বন্ধ/কমানোর পর প্রতিক্রিয়া কমেছে কি?
হ্যাঁ / না

মারাত্মক পার্শ্ব/বিরূপ প্রতিক্রিয়ার পর্যায়:

হাসপাতালে ভর্তি হয়েছেন/ভর্তি প্রলম্বিত হয়েছে
 জীবন সংকটাপন্ন
 পঙ্গুত্ব বা স্থায়ী অক্ষমতা
 জন্মগত ত্রুটি
 মৃত্যু (মৃত্যুর তারিখ:.....)

পূর্ববর্তী রোগের ইতিহাস:

অ্যালার্জি
 উচ্চ রক্তচাপ
 যকৃত বা কিডনি সমস্যা
 ডায়াবেটিস
 অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন):

*পার্শ্ব/বিরূপ প্রতিক্রিয়া পরবর্তী ফলাফল: সুস্থ হয়েছেন/ সুস্থ হননি/ অজানা

প্রযোজ্য ক্ষেত্রে রিপোর্ট প্রদানকারীর মতামত: ঔষধটি কাজ করেছে না/ মেডিকেশন এরর/ ঔষধের মানগত সমস্যা/ অন্যান্য

গ. ঔষধের তথ্যাদি:

ব্র্যান্ড/বাণিজ্যিক নাম: * জেনেরিক নাম:
* ব্যবহারের উদ্দেশ্য: ইতঃপূর্বে এই ঔষধে পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া হয়েছে কিনা? হ্যাঁ / না
* ঔষধ শুরু করার তারিখ: * ঔষধ শেষ করার তারিখ:
* ডোজের ধরন: ব্যাচ নম্বর:

একই সময়ে গ্রহণকৃত অন্যান্য ঔষধের তথ্যাদি:

ব্র্যান্ড/বাণিজ্যিক নাম	জেনেরিক নাম	ব্যবহারের উদ্দেশ্য	ডোজের ধরন	মাত্রা

ঘ. রিপোর্ট প্রদানকারীর তথ্যাদি:

* নাম: পেশা:
* মোবাইল নম্বর: কর্মস্থল:
* রিপোর্ট প্রদানের তারিখ: ঠিকানা:

ডাক প্রেরণের ঠিকানা:
পরিচালক (ফার্মাকোভিজিল্যান্স)
ঔষধ প্রশাসন অধিদপ্তর
ঔষধ ভবন, মহাখালী, ঢাকা-১২১২।

যোগাযোগের তথ্য:
টেলিফোন: ০২২২২-২৮০৮০৩; মোবাইল: +৮৮০১৭২৮৩৪৯৫০৩
ই-মেইল: adrmcell.dgda@gmail.com
অনলাইনঃ <https://pvimdsdashboard.com/yellow/card>