



Adverse Event Report Form

(स्वास्थ्य पेशेवरों और उपभोक्ताओं द्वारा प्रतिकूल घटनाओं की सूचना देने के लिए)

Viatris Inc. और इसकी सहयोगी और सहायक कंपनियां पहचान किए गए या पहचाने जाने योग्य प्राकृतिक व्यक्तियों ("व्यक्तिगत डेटा") से संबंधित जानकारी की सुरक्षा के लिए पूरी तरह से प्रतिबद्ध हैं जिसे हम संसाधित करते हैं। यह वायट्रिस गोपनीयता सूचना (<https://www.viatris.com/en-us/privacy-policy>) हमारी वेबसाइटों, ऐप्स, सेवाओं और प्लेटफॉर्म के संबंध में व्यक्तिगत डेटा के हमारे संग्रह, उपयोग, प्रकटीकरण और प्रतिधारण का वर्णन करता है। और आपका उनका उपयोग, हमारा विपणन और उत्पादों और सेवाओं का प्रावधान, आपके साथ व्यक्तिगत रूप से, हमें कॉल करके, या मेल द्वारा, और अन्यथा हमारे व्यवसाय के संचालन के दौरान हमारी बातचीत। नोटिस में यह भी बताया गया है कि आप लागू कानूनों के तहत किस तरह से काम कर सकते हैं। आपके व्यक्तिगत डेटा के हमारे प्रसंस्करण को नियंत्रित करने और अन्य अधिकारों का प्रयोग करने में सक्षम हैं। यह नोटिस उस संबंध के संदर्भ में हमारे कार्यबल के सदस्यों के व्यक्तिगत डेटा पर लागू नहीं होता है। अपने अधिकारों का प्रयोग करने या अपने व्यक्तिगत डेटा के प्रसंस्करण से संबंधित अनुरोध करने के लिए, आप हमें dataprivacy@Viatris.com पर ईमेल करके हमसे संपर्क कर सकते हैं।

कृपया फॉर्म को पूरा करें और pv.india@viatris.com पर वापस करें नोट: कृपया अनिवार्य फ़ील्ड (*) भरें

रिपोर्टर विवरण *	
नाम (पहला, अंतिम)	
डॉक्टर? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	पेशा: (व्यवसाय शामिल करें जैसे चिकित्सक, मरीज़, आदि)
पता/शहर/राज्य कोड/देश	
दूरभाष/फैक्स	
मेल आईडी	
क्या रिपोर्टर द्वारा नियामक प्राधिकरणों को रिपोर्ट दी गई है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> पता नहीं	
क्या रिपोर्टर ने आगे की कार्रवाई के लिए संपर्क करने की सहमति दी थी? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं	

मरीज़ विवरण*		
प्रारंभिक / मरीज़ आईडी	आयु	आयु इकाइयाँ
लिंग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री	जन्म तिथि	
ऊंचाई	वज़न	
क्या मरीज़ गर्भवती है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं <input type="checkbox"/> यूएनके <input type="checkbox"/> ना	एलएमपी की तारीख (आखिरी माहवारी)	

Adverse Event Report Form

(स्वास्थ्य पेशेवरों और उपभोक्ताओं द्वारा प्रतिकूल घटनाओं की सूचना देने के लिए)

संदिग्ध उत्पाद(एस) *

उत्पाद का नाम / सक्रिय पदार्थ	दल संख्या। / समाप्ति तिथि	रूट (मौखिक, आदि)	रोज की खुराक		उपचार तिथियाँ		संकेत	ई के जवाब में की गई कार्रवाई
			खुराक / यूनिट	आवृत्ति	आरंभ करने की तिथि	अंतिम तिथि		

सहवर्ती उत्पाद

उत्पाद का नाम / सक्रिय पदार्थ	रूट (मौखिक, आदि)	रोज की खुराक		उपचार तिथियाँ		संकेत	ई के जवाब में की गई कार्रवाई
		खुराक / यूनिट	आवृत्ति	आरंभ करने की तिथि	अंतिम तिथि		

रिपोर्ट की गई प्रतिकूल घटना (इवेंट्स) और विशेष स्थितियां *

घटना के रूप में रिपोर्ट किया गया	घटना की तारीखें		गंभीरता मानदंड	नतीजा	रिपोर्टर आकस्मिकता
	आरंभ करने की तिथि	स्टॉप डेट			

Adverse Event Report Form

(स्वास्थ्य पेशेवरों और उपभोक्ताओं द्वारा प्रतिकूल घटनाओं की सूचना देने के लिए)

अन्य प्रासंगिक इतिहास
 कोई नहीं पता नहीं

स्थिति
स्टार्ट - स्टॉप डेट्स
प्रयोगशाला डेटा/प्रासंगिक परीक्षण
 कोई पता नहीं

 परिणाम संलग्न हैं?

लैब डेटा टेस्ट	तारीख	परिणाम	इकाइयों	सामान्य श्रेणी	टिप्पणियाँ

अतिरिक्त जानकारी: (कृपया प्रतिकूल घटनाओं, घटनाओं के अनुक्रम पर अतिरिक्त विवरण दें, जिसमें अस्पताल में भर्ती विवरण, उपचार, प्रासंगिक प्रयोगशाला परीक्षण (यदि लागू हो) और मामले की प्रक्रिया के संबंध में प्रासंगिक जानकारी शामिल है, उदाहरण के लिए अनुवर्ती गतिविधियाँ। यह बॉक्स भी कर सकता है अतिरिक्त जानकारी जोड़ने के लिए उपयोग किया जाना चाहिए यदि आपके पास अन्य क्षेत्रों में स्थान समाप्त हो गया है)