



**Synkem Pharmaceutical Ltd. & Its Subsidiaries**  
(Synkem Lifesciences Ltd., Nitin Lifesciences Ltd. & Kemsyn Lifesciences Pvt. Ltd.)  
**ADVERSE EVENT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)**  
प्रतिकूल घटना रिपोर्टिंग फॉर्म (उपभोक्ताओं के तलए)

**1) Patient Details / रोगी का तिथि**

Patient Initials / रोगी के आद्याक्षर: _____ Example: write SKS for Sunil Kumar Sharma/ उदाहरण : सुनील कुमार शर्मा के ललए सु कु श ललखें	Age (Year) / आयु ((वर्): _____ Weight (in kg)/ वज़न (लक.ग्रा.): _____
Please Tick / कृपया सही का लनशान लगाएं (✓) Gender/ ललंग: <input type="checkbox"/> Male/ पुरु <input type="checkbox"/> Female/ ललहला <input type="checkbox"/> Other/ अलन्य	

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

Reason of taking medicine (Disease/symptoms)/ दवा लेने का कारण (रोग /लक्षण): _____
Please Tick / कृपया सही का लनशान लगाएं (✓) Medicine advised by/ दवाई की सलाह देने वाला <input type="checkbox"/> Doctor/ डॉक्टर <input type="checkbox"/> Pharmacist / फामालसस्ट <input type="checkbox"/> Friends/Relatives लमत्र/ ररशतेदार <input type="checkbox"/> Self/ स्वयं

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

Name (Optional)/ नाम (वैकल्पिक): _____	
Address/ पता: _____	
Phone No. / फोन नं: _____	Email / ईमेल : _____

**4) Details of Medicine Taking/ Taken ली जा िही / ली जा चुकी दवाई का तिथि**

S. No. क्र. सं.	Name of Medicine दवाई का नार		Manufact- urer name रैनुफैक्चि नार	Batch/ Lot No. बैच/लॉट नंबि	Drug Expiry date दवाई सर्क्ति तदनांक	Quantity of medicine taken (Example: 250 mg two times a day) ली गई दि की रारा (उदाहिण 250 तर्लीगार तदन रेंं दो बाि)	Date of start of medicine दिा शुरू किने की िािीख DD/MM/YYYY	Date of stop of medicine दिा बंद किने की तिथि DD/MM/YYYY
	Brand Name/ ब्रांड नार	Generic Name जेनेरिक नार						
1.								
2.								

Please Tick / कृपया सही का लनशान लगाएं (✓)  
Dosage Form/ खुराक का स्वरुप  
 Tablet / टेबलेट  Capsule/ कैप्सूल  Injection / इंजेक्शन  Oral Liquids / मौल्यखक तरल  
 other/ अलन्य (please specify/ कृपया लनलदाष्ट करे) \_\_\_\_\_

**5) Describe the adverse event / प्रतिकूल घटना का िणमन किं**

When did the adverse event start? प्रलतकूल घटना कब शुरू हुई थी? (DD/MM/YYYY) _____
When did the adverse event stop? प्रलतकूल घटना कब समाप्त हुआ था? (DD/MM/YYYY) _____
Adverse event is still Continuing? (Yes/No)/ प्रलतकूल घटना अभी भी जारी है (हां / नही) ? _____



**Synokem Pharmaceutical Ltd. & Its Subsidiaries**  
(Synokem Lifesciences Ltd., Nitin Lifesciences Ltd. & Kemsyn Lifesciences Pvt. Ltd.)  
**ADVERSE EVENT REPORTING FORM (FOR CONSUMERS)**  
प्रतिकूल घटना रिपोर्टिंग फॉर्म (उपभोक्ताओं के तलए)

**6) How bad was the adverse event / प्रतिकूल घटना तकिना हातनकािक िा ?**

Please Tick / कृपया सही का लनशान लगाएं (✓)

- Did not affect daily activities / दैलनक गलतलवलियां प्रभालवत नहीं हुई थी
- Affect Daily Activities / दैलनक गलतलवलियां प्रभालवत हुई
- Admitted to Hospital/ अस्पताल मे भती होना पड़ा  Death / मृत्यु  Other / अन्य

Describe the adverse event (What did you do to manage the adverse event?)/ प्रलतकूल घटना का वणान करें (प्रलतकूल घटना से छुटकारा प्राप्त करने केललए आपने क्या लकया)?

**Send the complete form by mail or post to this address / रेल या पोस्ट कद्वानिा पूणम भाि फॉर्म नीचे तदए पि पि 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)

**Note/ नोट:**

- Attach photo copy of Medicine Bill Receipt and Doctor's Prescription / दवा लबल रसीद और डॉक्टर कपर्चे की फोटोकॉपी संलग्न करें।
- If any additional data (lab reports), then please attach with this form / यलद कोई अलतररक्त डेटा (लैब ररपोटटास) है, तो कृपया इस फॉर्मा 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.**

गोपनीया: यह रिपोतटिंग स्वैक्तिक है, इसका कोई कानूनी तनतहिािम नहीं है अिौ इसका उद्देश्य िोगी की सुिक्षा रें सुधाि किना है। आपकी सतक्रय भागीदािी रूल्लियान है। िोगी की पहचान को पुणमि: गुि अिौ सुितक्षि िखा जाएगा। रिपोटम सूचना देने का यह रिलब नहीं है तक तचतकत्सा कर्ी या तनर्ामिा या उत्पाद ककािण 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*

\_\_\_\_\_