

Report Form**Adverse Drug Reaction Reporting Form****A- Patient Details/بيانات المريض :**

Name/الاسم: -----
 Gender/الجنس: ----- if Female, Is she pregnant? ----- If Yes, Which trimester -----
 Age/العمر: ----- Hight (cm)/الطول: -----, Weight (kg)/الوزن: -----

B- Suspected Drugs/الأدوية المشتبه بها:

Name/الاسم: -----, Concentration/التركيز: -----, Route of administration/طريقة الأخذ: -----
 Used for/يستخدم لعلاج: -----, Dose/الجرعة: -----, Batch No./رقم التشغيل: -----
 Date started/تاريخ أخذ الدواء: -----, Date Stopped/تاريخ توقف أخذ الدواء: -----

C- Suspected Reactions/الآثار العكسي:

- Please describe the reaction/صف الاثر العكسي:
- Date reaction started/تاريخ ظهور الأثر العكسي: -----
- Date reaction stopped/تاريخ توقف الأثر العكسي: -----
- Does the reaction stopped after stopping the drug? هل توقف الأثر بعد توقف أخذ الدواء؟
 Yes/نعم No/لا Don't Know/لا أعلم
- Does the reaction re-appear after re-taking the drug? هل عاد ظهور الأثر العكسي بعد اخذ الدواء مرة أخرى؟
 Yes/نعم No/لا Don't Know/لا أعلم
- **Seriousness of ADR/خطورة الأثر العكسي:**
 - Patient died/وفاة المريض المستشفى Life Threatening/مهدد للحياة Hospitalization/تسبب في دخول
 - Prolonged hospitalization/التنويم بالمستشفى لفترات طويلة Congenital Anomaly/تشوهات خلقية للأجنة
 - Permanent Disability/إعاقة دائمة Required intervention to prevent damage/التدخل الضروري لمنع الضرر
 - other, specify/أخرى، حدد: -----

D- List of other Drugs taken (please list any other drugs during the last month prior to the reaction- other than the suspected drugs)/قائمة الأدوية التي أخذت

Drug name/ اسم الدواء	Concentration/ التركيز	used for/ يستخدم لعلاج	Dose/الجرعة	Route/ طريقة الأخذ	Batch No./ رقم التشغيل

E- Reporter Details/بيانات مقدم التقرير

- Patient/المريض Physician/الطبيب Pharmacist/الصيدلي Nurse/المرمض Other,
- Specify/أخرى:
- Name/الاسم: ----- Specialty (If Physician)/التخصص للطبيب: -----
- Address/العنوان: -----, Email/البريد الإلكتروني: -----
- Telephone- mobile/هاتف-موبايل: -----Signature/التوقيع: -----
- Date of reporting/تاريخ التقرير: -----

Note: The information in this report is confidential & totally protected including both the patient & reporter identity.

Fill this report & send it to the following mail: Mobile:

E-mail: phv@baupharma.com , zaina.bakir@baupharma.com Mobile No.: 00966 53 365 4959