

Adverse Drug Reaction (ADR) Reporting Form نموذج الإبلاغ عن التفاعلات الدوائية الضارة

A, Patient Information*		أ. معلومات المريض*			
Patient Name:	اسم المريض:	Age:	العمر:		
Sex / الجنس: <input type="checkbox"/> Male/ذكر <input type="checkbox"/> Female/أنثى		Weight:	الوزن:	Height:	الطول:
(<input type="checkbox"/> Pregnant/حامل <input type="checkbox"/> Not Pregnant/غير حامل)					

B, Product Information							ب. معلومات المنتج
Drug/s Name (Include generic name/s*)	Indication/purpose of use*	Dose route*	Dose frequency*	Start date	End date	Manufacturer & Batch No.	
اسم الدواء (الاسم العلمي/الاسم التجاري)	غرض الاستخدام	طريق ة أخذ الجرعة	تكرار الجرعة	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء	الشركة المصنعة ورقم الدفعة	

C, Description of the Adverse Event		ج. وصف العرض الجانبي
Describe the adverse event (Time of onset\ Relevant tests\ Lab results\ cessation and/or re-administration of the drug)* وصف العرض الجانبي (وقت البداية\ الاختبارات ذات الصلة\ نتائج المختبر\ التوقف و\ أو إعادة تناول الدواء)*	Other relevant history, including preexisting medical conditions. (Diagnosis, allergies, pregnancy, hepatic, renal etc.)* التاريخ الطبي الأخر ذو الصلة، بما في ذلك التاريخ الطبي الموجود مسبقاً شروط. (التشخيص، الحساسية، الحمل، الكبد، الكلى وغيرها)*	

D, Reporter Details (Only for Healthcare Providers)				د. تفاصيل المُبلِّغ (فقط لمقدمي الرعاية الصحية)	
Reporter Name:	اسم المراسل:	Profession/Specialty:	المهنة/ التخصص:		
Center:	المركز:	Address:	العنوان:		
Phone/Mobile:	الهاتف/ الجوال:	E-mail:	الاييميل:		
Date:	التاريخ:	Signature:	التوقيع:		

Adverse Drug Reaction (ADR) is a response to a medicinal product which is noxious and unintended.

التفاعلات الدوائية الضارة (ADR) هي استجابة لمنتج طبي ضار وغير مقصود.

Response in this context means that a causal relationship between a medicinal product and an adverse event is at least a reasonable possibility.

الرد في هذا السياق يعني أن وجود علاقة سببية بين منتج طبي وحدث ضار هو على الأقل احتمال معقول.

Serious adverse reaction; is an adverse reaction which:

رد فعل سلبي خطير، هو رد فعل سلبي وهو:

- results in death,
- is life-threatening,
- requires in-patient hospitalization or prolongation of existing hospitalization,
- results in persistent or significant disability or incapacity or,
- is a congenital anomaly/birth defect.

- يؤدي إلى الوفاة،
- يهدد الحياة،
- يتطلب دخول المستشفى أو إطالة فترة الاستشفاء الحالية،
- يؤدي إلى إعاقة أو عجز مستمر أو كبير أو،
- هو شذوذ خلقي/عيب خلقي

This form can be used by:

- Physicians
- Pharmacists
- Dentists
- Nurses
- Other healthcare provider

By providing any side effects related to Advanced Pharmaceutical Industries products, you help us to ensure the safety of our products and our patients. Your information will enable us to fulfil its reporting responsibility to health authorities and to undertake necessary investigations.

يمكن استخدام هذا النموذج من قبل:

- الأطباء
- الصيادلة
- أطباء الأسنان
- الممرضات
- مقدمو الرعاية الصحية الآخرون

التبليغ عن الأعراض الجانبية لمنتجات شركة مصنع الأدوية المتقدمة سيساهم في ضمان سلامة المريض أولاً، ثم التأكد من جودة الدواء ثانياً. تعاونك معنا سيجعلنا قادرين على الإبلاغ عن الأعراض الجانبية وتقديم التقارير للجهات المختصة وعمل التحقيقات اللازمة. وذلك يتطلب التبليغ عن أي عرض جانبي حدث معك أثناء استخدام منتجاتنا حتى إن لم تكن هناك علاقة بين المنتج والأعراض الجانبية.

How to report:

- Fill out the report form.
- Attach additional information, if needed.
- Use a separate form for each ADR.

Please submit completed forms to:

- Advanced Pharmaceutical industries
- 8125, Al Amir Sultan- Al Rawdah | Jeddah 23435-2086, KSA
- Phone: +966 920013681, Ext. 300
- Email: pv@adv-pharma.com

كيفية الإبلاغ:

- تعبئة نموذج التقرير.
- إرفاق معلومات إضافية، إذا لزم الأمر.
- استخدم نموذجًا منفصلاً لكل ADR

يرجى إرسال النماذج المكتملة إلى:

- شركة مصنع الأدوية المتقدمة
- الامير سلطان - الروضة | جدة
- 8125-23435 8125
- المملكة العربية السعودية
- الهاتف: 920013681 Ext. 300
- البريد الإلكتروني: pv@adv-pharma.com