



Jal Pharma

نموذج الإبلاغ عن الاعراض الجانبية وجودة الادوية يتم تعبئته من قبل (افراد المجتمع )  
Adverse Drug Reaction (ADR) reporting form  
To be filled by public.

بيانات مستخدم المستحضر

Patient details:

الاسم (اختياري):	تاريخ الميلاد:	العمر:
Name (optional):	Date of birth:	Age:
الجنس:	الوزن:	الطول:
Sex:	Wight:	Height:
ذكر <input type="checkbox"/>	أنثى <input type="checkbox"/>	
Male	Female	

بيانات معد التقرير

Details of reporter

الاسم:	العنوان:	التاريخ:
Name:	Address:	Date:
صلة القرابة بالمريض:	الهاتف:	البريد الإلكتروني:
Relation to the patient:	Phone:	Email:

بيانات المستحضر

Drug details

اسم المستحضر العلمي والتجاري:	اسم المصنع:	رقم التشغيل:
Generic & trade name of the product	Manufacturer Name	Batch No.
كيف حصلت على المستحضر	من الصيدلية بوصفة طبية <input type="checkbox"/>	من الصيدلية بدون وصفة <input type="checkbox"/>
How did you get the product	From pharmacy with prescription	From pharmacy without prescription
	من محلات أخرى غير الصيدلية, حدد:	
	From other places : please specify	
شكل المستحضر	أقراص (حبوب) <input type="checkbox"/>	كبسولات <input type="checkbox"/>
	Tablets	Capsules
	قطرة للعين- الأذن <input type="checkbox"/>	حقن <input type="checkbox"/>
	Eye/ear drops	Injection
	مرهم للعين-الأذن <input type="checkbox"/>	بخاخ <input type="checkbox"/>
	Eye/ear ointment	Spray
	لاصقات <input type="checkbox"/>	شرب <input type="checkbox"/>
	Patch	Syrup
	تحاميل <input type="checkbox"/>	أعشاب/خلطة عشبية <input type="checkbox"/>
	Suppositories	Herbal product
	غير ذلك, حدد <input type="checkbox"/>	Others
تاريخ بدء استخدام المستحضر:	الغرض من استخدامه:	
Start date	Purpose of use	
الجرعة:	تاريخ الصلاحية:	
Dosage	Expiry date	
هل أوقفت استخدام المستحضر	نعم, التاريخ: <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
Did you stop the medicine	Yes , Date	No



**Jal Pharma**

صف المشكلة المتعلقة بجودة أو فعالية المستحضر أو العرض الجانبي وكيف تم علاجه وأي معلومات أخرى تعتقد أنها ضرورية تشمل الحالة الصحية أو أية حساسية:

Describe the problem related to the quality , efficacy or adverse reaction and how it was being treated and any other information you think they are necessary including the health situation or any drug sensitivity.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ملاحظة: إذا كان التقرير عن جودة مستحضر يكتفى بالبيانات أعلاه, أما إذا كان التقرير عن عرض جانبي الرجاء إكمال باقي النموذج

Note: if the report is about the quality of the product , the information given above is enough and if the report is about adverse drug reaction please complete the rest of the form

بيانات المستحضرات الأخرى المستخدمة (أذكر المستحضرات الأخرى المستخدمة حالياً وكذلك المستخدمة قبل ظهور العرض الجانبي بشهر)

Details of the other used products (mention the products that are being used now or the products which were used one month before the occurrence of the adverse reaction .

الغرض من الاستخدام Purpose of use	تاريخ انتهاء الاستخدام Finished Date	تاريخ بدء الاستخدام Start date	الجرعة Dosage	اسم المستحضر Name of the product

بيانات العرض الجانبي

Details of the adverse drug reaction



Jal Pharma

تاريخ بدء ظهور العرض الجانبي:				
Date of appearance the adverse drug reaction :				
<input type="checkbox"/> سبب إعاقة دائمة Cause of permanent disability	<input type="checkbox"/> مهدد للحياة Life-threatening	<input type="checkbox"/> مميت, تاريخ الوفاة: Deadly / Date of Death	مدى خطورته How serious	
<input type="checkbox"/> تسبب في عيوب خلقية للأجنة Cause birth defects in embryos	<input type="checkbox"/> أطال مدة البقاء في المستشفى Prolonged hospital stay	<input type="checkbox"/> تطلب الدخول إلى المستشفى Hospital admission		
<input type="checkbox"/> أخرى, حدد Others/Specify	<input type="checkbox"/> تطلب تدخل طبي أو جراحي لمنع حدوث إعاقة أو تلف دائم Require medical or surgical intervention to prevent permanent damage or disability			
			هل زال العرض الجانبي؟ Did the adverse drug reaction disappear	
			<input type="checkbox"/> نعم, التاريخ: :Yes/ date	<input type="checkbox"/> لا No
<input type="checkbox"/> في طور التحسن In the process of recovery	<input type="checkbox"/> تعافى بشكل كامل, التاريخ: : Fully recovered /Date		حالة المريض حالياً Patient situation at the moment	
<input type="checkbox"/> غير معروف. Unknown	<input type="checkbox"/> لم يتحسن Did not get better			

معلومات أخرى

: Other information



Jal Pharma

<input type="checkbox"/> لا أدري I don't know	<input type="checkbox"/> لا No	<input type="checkbox"/> نعم yes	هل تم إبلاغ الطبيب أو الصيدلي بهذه الأعراض Have you informed the doctor or pharmacist about these symptoms (reactions)
<input type="checkbox"/> لا أدري I don't know	<input type="checkbox"/> لا No	<input type="checkbox"/> نعم Yes	إذا كانت الإجابة بنعم هل قام بتعبئة نموذج الإبلاغ عن الأعراض الجانبية If your answer is yes ,did he fill report about these adverse drug reaction
	<input type="checkbox"/> لا No	<input type="checkbox"/> نعم Yes	هل يمكننا الحصول على معلومات إضافية من طبيبك المعالج؟ Can we get more info from your physician
			إذا كانت الإجابة بنعم على النقطة السابقة الرجاء تزويدنا بمعلومات الاتصال الخاصة بطبيبك If your answer is yes , can you give us the contact details of your physician
	الهاتف: : Phone	المستشفى: :Hospital	اسم الطبيب: :Name of the doctor

• **الخصوصية:** يتم التعامل مع المعلومات الواردة في التقرير بسرية تامة وهي محمية بشكل كامل بما في ذلك هوية المريض و معد التقرير. كما لا يمكن أن تستخدم هذه المعلومات ضد معد التقرير بأي حال من الأحوال.

- **Privacy :** the information contained in the report is strictly confidential and fully protected , including the patient identity and the report maker , information cannot be used against the reporter in any way .



• كيفية إرسال التقرير:

**How to send the report :**

Fill the form

• قم بتعبئة النموذج

Attach any additional information or document if needed

• أرفق أي أوراق إضافية عند الحاجة

Fill separate report for each adverse drug reaction

• استخدم نموذج مستقل لكل مستحضر

• قم بإرسال هذا النموذج إلى إدارة التيقظ الدوائي بمؤسسة جال إلى العناوين التالية:

Send the report or contact P.V dept. of Jal on the following :

**Pharmacovigilance Department**

Dr.Nabil Khuris-DSO

Mr. Mouath Ali Alsaedi D-DSO

Email : [QPPV@jalpharma.com](mailto:QPPV@jalpharma.com)

Fax : +9671683048

P.V Mobile phones:

+9671683047

(24hrs/ 7 days a week )

+967777710967

(24hrs/ 7 days a week)

+697777353722

Dr. Nabil Khuris DSO

(24hrs/ 7 days a week )

+967737377642

Mouath Al-saedi D-DSO  
(24hrs/ 7 days a week )