FIRST INFORMATION REPORT

(Under Section 173 B.N.S.S)
प्रथम सूचना रिपोर्ट
(धारा 173 बी एन एस एस के तहत)

1. **District (जिला):** छिंदवाड़ा **P.S. (थाना):** परासिया

FIR No. (प्र.सू.रि. सं.): 0296 **Year (वर्ष):** 2025

Date and Time of FIR (प्र.सू.रि. की दिनांक और समय): 05/10/2025 02:05 बजे

2.

S.No. (क्र.सं.)	Acts (अधिनियम)	Sections (धारा(एँ))
1	भारतीय न्याय संहिता (बी एन एस), 2023	105
2	भारतीय न्याय संहिता (बी एन एस), 2023	276
3	औषधि और प्रसाधन सामग्री अधिनियम, 1940	27A

3. (a) **Occurrence of offence (अपराध की घटना):**

1. **Day (दिन):** दरमियानी दिन
   Date From (दिनांक से): 24/08/2025
   Date To (दिनांक तक): 04/10/2025
   Time Period (समय अवधि):
   Time From (समय से): 00:00 बजे
   Time To (समय तक): 00:00 बजे

(b) **Information received at P.S. (थाना जहां सूचना प्राप्त हुई):** **Date (दिनांक):** 05/10/2025
Time (समय): 01:52 बजे

(c) **General Diary Reference (रोजनामचा संदर्भ):** **Entry No. (प्रविष्टि सं.):** 044
Date & Time (दिनांक और समय): 05/10/2025 02:00

4. **Type of Information (सूचना का प्रकार):** लिखित

5. **Place of Occurrence (घटनास्थल):**

1. (a) **Direction and distance from P.S.(थाना से दूरी और दिशा):** पश्चिम, 01 किमी

   Beat No. (बीट सं.):

   (b) **Address (पता):** डाक्टर प्रवीण सोनी का,क्लीनिक स्टेशन रोड, परासिया,परासिया

   (c) **In case, outside the limit of this Police Station, then (यदि थाना सीमा के बाहर है तो):**

   Name of P.S.(थाना का नाम): परासिया

   District(State) (ज़िला (राज्य)): छिंदवाड़ा(मध्य प्रदेश)

6. **Complainant / Informant (शिकायतकर्ता/सूचनाकर्ता):**

(a) **Name (नाम):** डा अंकित सहलाम बीओमओ   सीएचसी परासिया की ओर से   निरी भुवन देशमुख

(b) **Father's/Husband's Name(पिता / पति का नाम) :**

(c) **Date/Year of Birth (जन्म तिथि / वर्ष):** 1979　　(d) **Nationality (राष्ट्रीयता):** भारत

(e) **UID No. (यूआईडी सं०):**

(f) **Passport No.(पासपोर्ट सं०):**　　**Date of Issue (जारी करने की तिथि):**

Place of Issue (जारी करने का स्थान):

(g) **Id details (Ration Card,Voter ID Card,Passport,UID No.,Driving License,PAN)**

S.No.(क्र.सं.)	Id Type (पहचान पत्र का प्रकार)	Id Number (पहचान संख्या)
1		

(h) **Address (पता):**

S.No. (क्र.सं.)	Address Type (पता का प्रकार)	Address (पता)
1	वर्तमान पता	थाना परासिया ,परासिया ,परासिया,छिंदवाड़ा,मध्य प्रदेश,भारत
2	स्थायी पता	थाना परासिया ,परासिया ,परासिया,छिंदवाड़ा,मध्य प्रदेश,भारत

(i) **Occupation (व्यवसाय):**

(j) **Phone number (दूरभाष सं.):**

Mobile (मोबाइल सं.): 91-9479991708

7. **Details of known/suspected/unknown accused with full particulars (ज्ञात / संदिग्ध / अज्ञात अभियुक्त का पूरे विवरण सहित वर्णन):**

Accused More Than (अज्ञात आरोपी एक से अधिक हों तो संख्या):

S.No. (क्र.सं.)	Name (नाम)	Alias (उपनाम)	Relative's Name (रिश्तेदार का नाम)	Present Address (वर्तमान पता)
1	दवा निर्माता कंपनी श्रीसन			1. NO787 Bangalore Highways ,

	फार्मासीटिवकल मेनुफ्रेक के संचालकगण /दवा निर्माता कंपनी श्रीसन फार्मासीटिवकल मेनुफ्रेक के संचालकगण			Sunguvarchatram Mathura ,Kancheepurm Dist-602106 ,कांचीपुरम, तमिलनाडु,भारत

2	डाक्टर प्रवीण सोनी /			1. परासिया,परासिया ,परासिया, छिंदवाड़ा,मध्य प्रदेश,भारत

3	अन्य जिम्मेदार व्यक्ति /अन्य जिम्मेदार व्यक्ति			1. अज्ञात ,अज्ञात

8. **Reasons for delay in reporting by the complainant/informant (शिकायतकर्ता / सूचनाकर्ता द्वारा रिपोर्ट देरी से दर्ज कराने के कारण):**

9. **Particulars of properties of interest (संबन्धित सम्पत्ति का विवरण):**

S.No. (क्र.सं.)	Property Category (संपत्ति श्रेणी)	Property Type (सम्पत्ति का प्रकार)	Description (विवरण)	Value(In Rs/-) (मूल्य (रु में))

10. **Total value of property (In Rs/-)-सम्पत्ति का कुल मूल्य(रु में):**

11. **Inquest Report / U.D. case No., if any (मृत्यु समीक्षा रिपोर्ट / यू॰डी॰प्रकरण सं., यदि कोई हो):**

S.No. (क्र.सं.)	UIDB Number (यू॰डी॰प्रकरण सं.)

12. **First Information contents (प्रथम सूचना तथ्य):**

मैं थाना परासिया मे निरीक्षक के पद में पदस्थ हूं । दिनांक 05/10/2025 को डाक्टर अंकित सहलाम बीएमओ सीएचसी परासिया द्वारा एक लिखित आवेदन पत्र पेश किए । आवेदन पत्र में वर्णित तथ्यो के आधार पर दवा निर्माता कंपनी श्रीसन फार्मासीटिवकल मेनुफ्रेक्चर NO.787 Bangalore Highways , Sunguvarchatram (Mathura) Kancheepurm Dist-602106 के संचालकगण, डाक्टर प्रवीण सोनी निवासी परासिया जिला छिन्दवाड़ा एवं अन्य जिम्मेदार व्यक्तियों के विरूध्द प्रथम दृष्टया धारा 105,276 बीएनएस 27(ए) ड्रग एवं कास्मेटिक एक्ट 1940 का अपराध घटित करना पाए जाने से अपराध पंजीबध्द कर विवेचना में लिया गया । आवेदन पत्र नकल जेल हैः- प्रति,थाना प्रभारी महोदय, पुलिस थाना परासिया जिला छिन्दवाड़ा, (म.प्र.),विषय-औषधि Coldrif (Paracetamol, Phenylepherine Hydrochloride, Chlorpheniramine Maleate Syrup),बैच नंबर: SR-13, निर्माण तिथि: MAY-2025 अवसान तिथि: APR-2027, निर्माण लाइसेंस नंबर: TN00003053, निर्माता फर्म M/S Sresan Pharmaceutical Manufacturer, Plot No 787, Bangalore Highways, Sunguvarchatram, (Mathura) Kancheepuram Dist. 602106 में विषैले मिलावटी पदार्थ डाई ईथीलीन ग्लाइकोल के कारण बच्चो की मृत्यु होने के कारण प्राथमिकी दर्ज करने बाबत,मै डाक्टर अंकित सहलाम पिता श्री रमेश कुमार सहलाम उम्र 36 वर्ष मोबाईल नम्बर 9479591927 , खंड चिकित्सा अधिकारी ,सी.एच.सी.परासिया

जिला छिंदवाड़ा के पद पर पदस्थ हूँ।अनुभाग परासिया अंतर्गत 05 साल से कम के बच्चे सामान्य सर्दी, खांसी या बुखार की शिकायत के साथ अधिकांश बच्चों को डाक्टर प्रवीण सोनी MBBS एवं DCH (डिप्लोमा इन चाईल्ड हेल्थ) जो शिशु रोग विशेषज्ञ के रूप मे सी.एच.सी. परासिया में शासकीय चिकित्सक के रूप में कार्यरत हैं, को दिखाया गया जिनके द्वारा कफ सिरप एवं अन्य दवा बच्चों को दी गई जिसके कुछ समय पश्चात् कुछ बच्चों को पेशाब रूकने की शिकायत आई जो रिपोर्ट मे सीरम क्रियेटिनिंन एवं सीरम युरिया बढ़ा हुआ पाया जाने से किडनी की समस्या होने से परासिया से रिफर किया गया जो बाद मे उपचार हेतु नागपुर मे भर्ती हुए। सर्व प्रथम 1.शिवम राठौर आयु 4 वर्ष पहली बार 24.08.2025 को बुखार, खांसी से पीड़ित होने से डाक्टर प्रवीण सोनी को दिखाया गया जो दिनांक 29.08.2025 को नागपुर ईलाज हेतु आगे गया जहां पर दिनांक 04.09.2025 को बालक की किडनी खराब होने की वजह से उसकी मृत्यु हो गई ,2.दिनांक 05.09.2025 को विधि-नमिता आयु 03 वर्ष जो दिनांक 03.09.2025 को डाक्टर प्रवीण सोनी को दिखाया जो दिनांक 05.09.2025 को नागपुर मेडिकल कालेज मे उपचार के दौरान मृत्यु हुई , 3.अदनान को पहली बार दिनांक 21.08.2025 को बुखार आना डाक्टर प्रवीण सोनी को दिखाना पेशाब रूकना और उपचार के दौरान नागपुर मे दिनांक 07.09.2025 को मृत्यु होना ,4.उसैद आयु 04 वर्ष दिनांक 25.08.2025 को बुखार आना डाक्टर प्रवीण सोनी एवं डाक्टर अमन सिद्दकी को दिखाना किडनी मे समस्या होने के कारण नागपुर मे उपचार के दौरान दिनांक 13.09.2025 को मृत्यु होना ,5.रिषिका आयु 05 वर्ष दिनांक 25.08.2025 को बुखार आना डाक्टर अमित ठाकुर को दिखाना एवं किडनी समस्या के कारण आगे नागपुर मे ईलाज के दौरान दिनांक 15.09.2025 को मृत्यु होना , 6.हितांश सोनी आयु 05 वर्ष दिनांक 29.08.2025 को उल्टी पेट दर्द की शिकायत होना डाक्टर प्रवीण सोनी को दिखाना किडनी की समस्या होने के कारण नागपुर मे ईलाज के दौरान दिनांक 19.09.2025 को मृत्यु होना ,7.चंचलेश दिनांक 16.09.2025 को सर्दी खांसी और बुखार होना डाक्टर प्रवीण सोनी को दिखाना दिनांक 26.09.2025 को नागपुर मे उपचार के दौरान मृत्यु होना , 8.विकास दिनांक 19.09.2025 को बुखार और किडनी की समस्या के पश्चात डाक्टर प्रवीण सोनी को दिखाना फिर जिला अस्पताल छिन्दवाड़ा और वहां से नागपुर मेडिकल कालेज मे उपचार के दौरान दिनांक 26.09.2025 को मृत्यु होना ,9.संध्या दिनांक 19.09.2025 को सबसे पहले मोरडोंगरी मे और फिर डाक्टर प्रवीण सोनी को दिखाना दिनांक 25.09.2025 को बुखार होना और युरिन पास न करने के कारण रिफर किया जाना जिसकी मृत्यु 01.10.2025 को होना, 10.योगिता पिता सुशांत ठाकरे उम्र 02 वर्ष निवासी वार्ड नं.06 बडकुही पहली बार बुखार दिनांक 06.09.2025 डाक्टर ठाकुर तथा दिनांक 09.09.2025 को डाक्टर प्रवीण सोनी को दिखाया गया। किडनी की समस्या होने से नागपुर रिफर किया गया आज दिनांक को 04.10.2025 को नागपुर मे मृत्यु हुई है। वर्तमान मे 06 बच्चे किडनी संबंधी बीमारी के लिये नागपुर मे उपचाररत हैं। सभी बच्चों शुरूआती लक्षण सर्दी ,खांसी और बुखार , अधिकांश बच्चों की आयु 05 वर्ष के आस पास हैं ,अधिकांश बच्चों का डाक्टर प्रवीण सोनी को दिखाया गया है। सर्दी ,खांसी ,बुखार के कुछ दिनों के बाद पेशाब रूकना और एक्युट किडनी डिसोडर होना ,अधिकांश बच्चों द्वारा कोल्ड्रफ सीरप को उपचार मे दिया गया है। टेस्ट रिपोर्ट्स मे विकाश यदुवंशी की जीएमसी नागपुर मे उपचार के दौरान दिनांक 24.09.2025 को किडनी बायोपसी की गई जिसमे एक्युट ट्युब्युलर इंज्युरी (ACUTE TUBULAR INGURY) पाई गई। इस प्रकार आज दिनांक 04.10.2025 तक रिकार्ड पर कुल 10 बच्चों की मृत्यु एक्युट किडनी डिसीज के कारण हो चुकी है तथा 06 बच्चे अभी भी उपचार हेतु नागपुर मे भर्ती हैं। आज दिनांक 04.10.2025 को दवाओं के जांच संबंधी रिपोर्ट ड्रग टेस्टिंग लैबोरिटी तमिलनाडु की रिपोर्ट मे डाई ईथीलीन ग्लाइकोल 48.6% W / V होना एवं शासकीय औषधी प्रयोगशाला भोपाल से प्राप्त हुई जिसमे परीक्षण हेतु भेजे गये सैंपल मे डाई ईथीलीन ग्लाइकोल 46.28% W / V होना पाया गया जो चैक किये गये सैंपल डाई ईथीलीन ग्लाइकोल से एडलट्रेट होकर दूषित पाये गये एवं स्वास्थ के लिये हानिकारक हैं। मिलावटी पदार्थ डाई ईथीलीन ग्लाइकोल स्वास्थ्य के लिये अत्याधिक हानिकारक है जिसकी वजह से एक्युड किडनी फेलियर हो सकता है और बच्चों की मौत हो रही है , चूंकि डाईथिलीन ग्लाइकोल सीरप में प्रतिबंधित पदार्थ है। अतः उक्त दवा निर्माता कंपनी श्रीसन फार्मासीटिवकल मेनुफ्रेक्चर NO.787

Bangalore Highways , Sunguvarchatram (Mathura) Kancheepurm Dist-602106 के संचालकगण, डाक्टर प्रवीण सोनी निवासी परासिया जिला छिन्दवाड़ा एवं अन्य जिम्मेदार व्यक्तियों के द्वारा खतरनाक मिलावटी दवा जिससे किसी बच्चे की मृत्यु हो सकती है यह जानते हुए ऐसी दवा बनाना तथा अल्प आयु के बच्चों को दिया जाना प्रथम दृष्ट्या पाया गया है। संलग्न 1.ड्रग्स टेस्टिंग लेबोरेटरी, तमिलनाडु शासन के द्वारा जारी फर्म 13 में रिपोर्ट क्रमांक 04782-D/2025-26 की प्रति 2. गवर्मेंट एनालिस्ट ड्रग्स टेस्टिंग लेबोरेटरी खाद्य एवं औषधी प्रशासन भोपाल की रिपोर्ट क्रमांक 68N दिनांक 04.10.2025 की प्रति दिनांक 04/10/2025, हस्ताक्षर अंग्रेजी में अस्पष्ट डा.अंकित सहलाम, बी.एम.ओ.,सी.एच.सी.परासिया,

13. **Action taken: Since the above information reveals commission of offence(s) u/s as mentioned at Item No. 2.**
(की गयी कार्यवाही : चूंकि उपरोक्त जानकारी से पता चलता है कि अपराध करने का तरीका मद सं. 2 उल्लेख धारा के तहत है |) **or (या)**

(1) **Registered the case and took up the investigation: (प्रकरण दर्ज किया गया और जांच के लिए लिया गया):** RAVENDRA KUMAR(OFFICIATING SUB INSPECTOR) / 0

(2) **Directed (Name of I.O.) (जांच अधिकारी का नाम):**
No.(सं.):
Rank (पद):

to take up the Investigation
(को जांच अपने पास में लेने के लिए निर्देश दिया गया) or (या)

(3) **Refused investigation due to (जांच के लिए):**

or (के कारण इंकार किया या)

(4) **Transferred to P.S.(थाना):** **District (ज़िला):**
on point of jurisdiction (को क्षेत्राधिकार के कारण हस्तांतरित) .

F.I.R. read over to the complainant / informant,admitted to be correctly recorded and a copy given to the complainant / informant free of cost. (शिकायतकर्ता / सूचनाकर्ता को प्राथमिकी पढ़ कर सुनाई गयी, सही दर्ज हुई माना और एक कॉपी निशुल्क शिकायतकर्ता को दी गयी |)

R.O.A.C.(आर. ओ .ए .सी.) थाना प्रभारी के निर्देश पर प्राथमिकी दर्ज की गई

FIR Writer (कायमीकर्ता के हस्ताक्षर)

Name (नाम):

Rank (पद):

Signature of Officer in charge, Police Station
(थाना प्रभारी के हस्ताक्षर)

Name (नाम):RAVENDRA KUMAR
Rank(पद): OFFICIATING SUB INSPECTOR
No.(सं.): 0

14. **Signature/Thumb impression of the complainant / informant.**
(शिकायतकर्ता / सूचनाकर्ता के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान):

15. **Date and time of dispatch to the court**
(अदालत में प्रेषण की दिनांक और समय):

Attachment to item 7 of First Information Report (प्रथम सूचना रिपोर्ट के मद 7 संलग्नक):

Physical features, deformities and other details of the suspect/accused: (If known / seen)
(संदिग्ध / अभियुक्त की शारीरिक विशेषताएँ, विकृतियाँ और अन्य विवरण : (यदि ज्ञात / देखा गया))

S.No.(क्र.सं.)	Sex (लिंग)	Date/Year of Birth (जन्म	Build (बनावट)	Height (cms.)	Complexion (रंग)	Identification Mark(s) (पहचान चिन्ह)
1	2	3	4	5	6	7
1	अज्ञात					
2	पुरुष					
3	अज्ञात					

Deformities/	Teeth	Hair (बाल)	Eyes (आँखें)	Habit(s)	Dress Habit(s) (पहनावा)
8	9	10	11	12	13

Language /Dialect (भाषा/बोली)	Place Of (का स्थान)					Others (अन्य)
	Burn Mark (जले हुए का निशान)	Leucoderma (लुकोदेर्मा(सफ़ेद	Mole (मस्सा)	Scar (घाव)	Tattoo (गूदे हुए का)	
14	15	16	17	18	19	20

These fields will be entered only if complainant/informant gives any one or more particulars about the suspect/accused.

(यह क्षेत्र तभी दर्ज किए जाएंगे यदि शिकायतकर्ता / सूचनाकर्ता संदिग्ध / अभियुक्त के बारे में कोई एक या उससे अधिक जानकारी देता है ।)