

रक्तदाता जाँच फार्म



ROTARY BLOOD CENTRE, JODHPUR

(Managed by Rotary Blood Bank Sanchalan Samiti)

K. N. Wanchoo Rotary Bhawan, Gaurav Path, Jodhpur - 342003 (Raj.)

Tel. : 0291-2431558, Mob. : 8824789921

रक्त यूनिट संख्या

Licence No : Raj. 2618

कृपया निम्नलिखित प्रश्नों का सही उत्तर दें। यह आपको एवं रोगी (जो रक्त प्राप्त करेगा) को सुरक्षा प्रदान करेगा।

नाम आयु..... लिंग :- पुरुष महिला

जन्मतिथि..... पति/पिता का नाम.....

व्यवसाय.....

पता.....

ई मेल.....

मोबाइल नम्बर.....

रक्तदाता का वर्गीकरण : स्वैच्छिक (Voluntary) रिपलेसमेंट

अगर रिपलेसमेंट रक्तदाता तो मरीज का नाम

चिकित्सालय..... मरीज का रजिस्ट्रेशन नं..... Req. ID.....

क्या आपने इससे पहले भी रक्तदान किया है : हाँ नहीं

यदि हाँ तो कितनी बार..... अंतिम बार कब.....

क्या आपने इससे पहले कभी Donor Apheresis किया है : हाँ नहीं

यदि हाँ तो कितनी बार..... अंतिम बार कब.....

क्या आपको कभी भी रक्त देते समय अथवा उसके बाद में किसी प्रकार की कोई असुविधा हुई थी? हाँ नहीं

उपयुक्त स्थान पर (✓) का निशान लगाए :

- क्या आप आज स्वस्थ अनुभव कर रहे हैं? हाँ नहीं
- क्या आप अभी से 4 घंटे पहले कुछ खाया था? हाँ नहीं
- क्या आप पिछली रात भली-भाँति सोये थे? हाँ नहीं
- क्या आपको किसी कारण से ऐसा लगता है कि आप हेपेटाइटिस, मलेरिया, एचआईवी या एड्स अथवा रतितज रोग आदि में से किसी रोग से संक्रमित हैं? हाँ नहीं
- क्या आप नशे का टीका लेते हैं? हाँ नहीं
- क्या आपने पिछले छः महीनों में निम्न में से कुछ अनुभव किया है?
 - अवर्णनीय रूप से वजन का लगातार घटना निम्न-श्रेणी का बुखार दांतों का इलाज
 - लगातार खांसी/खरास/साइनोसाइटिस ग्रंथियों में सूजन इनमें से कोई नहीं
- क्या पिछले 12 महीनों में आपके साथ निम्न में कुछ हुआ या करवाया है?
 - गोदाना (टैटू) एकयूपंचर कान/नाक/नाभि के छेद पशु का काटना/रिबीज वैक्सीन पिछले वर्ष
- क्या आप निम्न बीमारियों में से किसी से पीड़ित हैं?

<input type="checkbox"/> हृदय रोग	<input type="checkbox"/> फेफड़ों की बीमारी	<input type="checkbox"/> गुर्दे की बीमारी	<input type="checkbox"/> कैसर
<input type="checkbox"/> मिर्गी/दौरे आना	<input type="checkbox"/> मधुमेह (इंसुलिन हाँ/नहीं)	<input type="checkbox"/> असामान्य रक्तस्राव की प्रवृत्ति	<input type="checkbox"/> पीलिया
<input type="checkbox"/> क्षय रोग (टीबी)	<input type="checkbox"/> हेपेटाइटिस बी/सी	<input type="checkbox"/> एलर्जी	<input type="checkbox"/> मानसिक बीमारी
<input type="checkbox"/> यौन संक्रमित रोग	<input type="checkbox"/> मलेरिया (3 महीने)	<input type="checkbox"/> कुष्ठ रोग	<input type="checkbox"/> दमा
<input type="checkbox"/> टाइफाइड (1 वर्ष)	<input type="checkbox"/> बार-बार बेहोश होना	<input type="checkbox"/> गलग्रंथि की बीमारी	<input type="checkbox"/> पोलिसाइथीमिया
<input type="checkbox"/> थैलेसीमिया	<input type="checkbox"/> पैरों में सूजन	<input type="checkbox"/> मूत्र मार्ग से संक्रमण	<input type="checkbox"/> चर्म रोग
<input type="checkbox"/> ऑटोइम्यून विकार	<input type="checkbox"/> अस्थि/हड्डी की बीमारी	<input type="checkbox"/> चंचक (पिछले 2 सप्ताह)	<input type="checkbox"/> कण्ठमाला का रोग
<input type="checkbox"/> खसरा (पिछले 2 सप्ताह)	<input type="checkbox"/> चिकनगुनिया (पिछले 6 महीने में)	<input type="checkbox"/> डेंगू (पिछले छः महीने में)	<input type="checkbox"/> दस्त (2 सप्ताह)
			<input type="checkbox"/> इनमें से कोई नहीं

Blood Group:

केवल ब्लड बैंक के उपयोग हेतु
ब्लड बैग टाइप - SB/DB/TB/QB
क्षमता - 350 ml 450 ml

सेगमेंट संख्या

फिलबोटॉमीस्ट का हस्ताक्षर, नाम
समय.....

समय लगा <10 मिनट >10 मिनट

QNS NO BLOOD

- क्या आपके परिवार में किसी को निम्न में से कोई रोग है?
 - हेपेटाइटिस बी/सी
 - खून बहाने की बीमारी
 - थैलेसीमिया
 - टेट्र/शरीर भेदी
 - एचआईवी/यौन संक्रमित रोग
 - इनमें से कोई नहीं
- क्या आपने कभी अनेक स्त्रियों या पुरुषों के साथ संभोग किया है? हाँ नहीं
- क्या आपने निम्नलिखित में से किसी का सेवन किया या करते हैं?
 - एंटीबायोटिक्स (14 दिन)
 - एसप्रिन (3 दिन)
 - दर्दनाशक
 - उच्च रक्तचाप रोधी
 - शराब (24 घण्टे)
 - स्टेरॉयड
 - टीका
 - मुँहासे/दाना उपचार (1 महिना)
 - एंटी थायराइड दवाई
 - हार्मोन
 - ज्वर हटाने वाली दवाई (3 दिन)
 - थक्का-रोधी
 - एंटीफंगल (14 दिन)
 - इनहेलर
 - इनमें से कोई नहीं
- क्या पिछले 12 महिनो में आपको कोई शल्यकर्म (ऑपरेशन) या रक्त-आधान हुआ है?
 - बड़ा
 - छोटा
 - खून चढाना
 - इनमें से कोई नहीं
- स्त्री रक्तदात्री हेतु -
 - क्या आप गर्भवती है? हाँ नहीं
 - क्या पिदले 6 महिनो में आपका गर्भपात हुआ है? हाँ नहीं
 - क्या आपको 1 वर्ष से कम आयु का बच्चा है? हाँ नहीं
 - अंतिम माहवारी की तारीख.....
 - असामान्य रक्तस्राव का अनुभव हाँ नहीं
 - क्या आप अपने बच्चों को स्तनपान करा रही है? हाँ नहीं
- क्या आप अपने किसी असामान्य जाँच (परीक्षण) के विषय में स्वयं पर सूचित होना चाहते हैं? हाँ नहीं
- क्या आपने उपरोक्त सभी जानकारी को पढ़ा और समझा है और सच्चाई से सभी सवालों के जवाब दिए हैं? कोई गलत वक्तव्य या जानकारी छिपाना आपको प्रभावित कर सकता है या प्राप्तकर्ता को नुकसान पहुँचा सकता है। हाँ नहीं

मैं समझता/समझती हूँ कि :-

- रक्तदान एक पूरी तरह से स्वैच्छिक कार्य है और मुझे किसी प्रलोभन या पारिश्रमिक की पेशकश नहीं की गई है।
- खून/घटकों का दान एक चिकित्सा प्रक्रिया है और स्वेच्छा से दान करके, मैं इस प्रक्रिया से जुड़े जोखिमों को स्वीकार करता/करती हूँ।
- मेरे रक्त को हेपेटाइटिस बी, हेपेटाइटिस सी, मलेरिया परजीवी, एचआईवी और सिफलिस रोगों के लिए परीक्षण किया जाएगा, जो कि किसी भी अन्य स्क्रीनिंग टेस्ट के अतिरिक्त है, जिससे रक्त सुरक्षा सुनिश्चित करने की आवश्यकता हो सकती है। मैं अपनी पूर्व जानकारी के बिना किसी भी व्यक्ति या सरकारी एजेंसी के साथ मेरे द्वारा दी जाने वाली किसी भी जानकारी या अपने दान के बारे में चर्चा करने के लिए निषिद्ध करता/करती हूँ।
- मैं ब्लड बैंक को रोगी के उपचार के लिए अपने खून की प्रक्रिया और प्रयोग की अनुमति देता/देती हूँ।
- मैं यह भी समझता/समझती हूँ कि आगे रक्त का विभाजन/Fractionation से अनुसंधान या चिकित्सा उत्पादों में मेरे रक्त का उपयोग किया जा सकता है।

दिनांक : समय रक्तदाता के हस्ताक्षर.....

केवल ब्लड बैंक (चिकित्सा अधिकारी) के उपयोग हेतु

1. वजन Kg.	5. हीमोग्लोबिन gm/dl	स्थगित/अस्वीकृत के लिए कारण
2. पल्स (प्रति मिनट)	रक्तदाता स्वीकृत <input type="checkbox"/>
3. रक्तचाप mm of Hg.	अस्वीकृत <input type="checkbox"/>	
4. तापमान °F/°C	स्थगित <input type="checkbox"/>	चिकित्सा अधिकारी के हस्ताक्षर

(रक्तदाता रिएक्शन के विवरण के लिए रिक्त स्थान)