

परोपकार प्रसुती तथा स्त्रीरोग अस्पताल

थापाथली, काठमाडौं

पुरा नाम र थर: श्रीमान/श्रीमती/सुश्री: sharmilaThapa		जन्ममिति: 05/23/1998
ठेगाना: kapa फोन नम्बर: 9841246789 ईमेल: sangita@gmail.com		जन्मस्थान: व्यवसाय:
कार्यालय ठेगाना: फोन नम्बर:		पूर्व रक्तदान मिति: पूर्व रक्तदान संख्या:
(रक्तदाताले भर्ने) पूर्व रोग बारे मलेरिया जन्डिस टि. बी. हृदय रोग फोक्सोको रोग किड्नी सम्बन्धी रोग डायबीटीज पूर्व अन्य विकित्सा पूर्व रक्त (ग्रहण) संचार गर्भवती भी. डी. महिनावारी छार रोग		स्वास्थ्य परीक्षकले भर्ने रेस्पिरेटरी सिस्टम सी. भी. एस. जी. आई. एस. अरु सिस्टम हरु (क) निम्नलिखित व्यक्तिहरुलाई रगतको आवश्यकता पर्दा वर्ष दिन भित्र र गतको मौज्जात हुरी सहयोग पु-याउन सकिने छ। बुबा आमा श्रीमान/श्रीमती छोरा/छोरी (क) (ख) (ग) (ख) यस कार्डबाट तल लेखिएको विरामी बाहेक अरुलाई रगत दिन नमिल्ने । विरामीको नाम: (ग) म राष्ट्रप्यापी डोनर डाटाबेसमा समावेश हुन सहमत छु। (घ) म भविष्यको रक्तदान कार्यक्रमका लागि आमन्त्रित हुन सहमत छु। रक्तदाताको सही

मिति	क्र.सं.	वतन	रक्तचाप	Hb%	ABO	Rh	VDRL	HBsAg	HIV	प्रा.लि.का. सही
------	---------	-----	---------	-----	-----	----	------	-------	-----	-----------------