परोपकार प्रसुती तथा स्त्रीरोग अस्पताल

थापाथली, काठमाडौं

पुरा नाम र थर:		जन्ममिति: 05/23/1998					
श्रीमान/श्रीमती/सुश्री: sharmilaThapa ठेगाना: kapan		जन्मस्थानः					
10111111111	1246789 @gmail.com	ब्यवसाय:					
कार्यालय ठेगाना: फोन नम्बर:		पूर्व रक्तदान मिति: पूर्व रक्तदान संख्या:					
(रकदाताले भर्मे) पूर्व रोग बारे मत्तेरिया जिल्डम टि. थी, इदय रोग फोक्सोको रोग किङ्मी सम्बन्धी रोग डायबीटीज प्रवं अन्य चिकित्सा पूर्व रक्त (महण) मंचता भी, डी. महिनावारी	स्वास्थ्य परीक्षकले मर्ने रेस्पिरेटरी सिस्टम सी. भी. एस. जी. आई. एस.	(क) निम्नलिखित व्यक्तिहरूलाई रगतको आवश्यकता पर्दा वर्ष दिन भित्र र गतको मीज्वात हुरी सहयोग पु.याजन सिकने छ। खुवा आमा श्रीमान्श्रीमती छोराक्षेरी (क) (ख) (ग) (ख) यस कार्डबाट तल लेखिएको विरामी बाहेक अरुलाई रगत दिन निमल्ने । विरामीको नाम: (ग) म राष्ट्रायाधी डोनर डाटाबेसमा समावेश हुन सहमत छु। (ध) म मविष्यको रक्तदान कार्यक्रमका लागि आमन्त्रित हुन सहमत छु।					

मिति	ऋ.स.	वतन	रक्तचाप	Нь%	ABO	Rh	VDRL	HBsAg	HIV	प्रा.लि.का. सही