

रक्त आधान सहमति फॉर्म

यु.एच.आय.डी ———

मरीज का नाम _____ उमर / लिंग _____ आय पी नं. _____ वॉर्ड क्र. _____

निदान _____ चिकित्सक _____

मैं इस बात की पुष्टी करता / करती हूँ कि निम्न उल्लेख मुझे मेरी भाषा में स्पष्ट कर दिया गया है।

- रक्त और रक्त घटकों का परीक्षण _____ द्वारा HIV P24 एंटीजन और / या एन्टी HIV I और II , एन्टी HCV, Hbs Ag, सिफ़लिस (VDRL एवं RPR) द्वारा) और मलेरिया परजीवी के लिए, एफ.डी.ए. परीक्षण किट और तरीकों द्वारा किया गया है। एच.आई.वी., HbsAg और HCV के नकारात्मक परिणाम, एच.आई.वी. और हेपेटाइटिस के संक्रमण के जोखिम (रिस्क) की संभावना को पूरी तरह खतम नहीं करते। सावधानी पूर्ण दाता चयन और बेहतरीन प्रयोगशाला परीक्षणों के सटीक प्रदर्शन के बाद भी संक्रामक एजेंटों के प्रसारण (Transmission) के खतरे को समाप्त नहीं कर सकता अगर दाता विंडो पीरियट में हैं।

आधान संबंधित प्रतिक्रियाओं से बचाने के लिए

- रक्त समूह परीक्षण और संगलता परीक्षण (जहाँ आवश्यक हैं) जैसी एहतियात अस्पताल द्वारा लिए गए हैं, हालांकि इन सावधानियों के बावजूद भी अपरिहार्य (अन अवाइडेबल) प्रतिकूल प्रतिक्रिया हो सकती हैं।
- उपरोक्त सभी बात जानने के बाद मैं इसके द्वारा रक्त घटकों के आधान के लिए सहमति और अनुमति देता/देती हूँ क्योंकि उपचार में भाग लेने वाले डॉक्टरों के द्वारा इसकी सलाह दी गई है।
- मैं आगे कहता/कहती हू कि आधान की प्रक्रिया और प्रकृति के साथ साथ प्राकृतिक लाभ, जोखिम, प्रतिकूल प्रभाव एवं संभावित सभी परिणामों के बारे में मुझे उल्लेख कर दिया गया है और मैंने पूरी तरह समझ लिया है।
- उपरोक्त चीजों के बारे में मुझे/हमें मेरी/हमारी भाषा में समझा दिया गया है और मैं यह सहमति फार्म अपनी मर्जी से स्वतंत्र इच्छा एवं स्थाई मानसिक अवस्था में हस्ताक्षर कर रहा/रही हूँ।

डॉक्टर का नाम

मरीज का नाम

गवाह का नाम

अभिभावक का नाम (संबंध)

(यदि मरीज एक बच्चा, या अस्थायी मानसिक अवस्था में या बेहोश हो)

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

हस्ताक्षर

तारीख

समय