



रक्त आधान सहमति फॉर्म

यु.एच.आय.डी

मरीज का नाम उमर / लिंग आय पी नं. बॉर्ड क्रं.

निदान चिकित्सक

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

- रक्त और रक्त घटकों का परिक्षण

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, एक.डी.ए. परिक्षण किट और लैबोरेटरी द्वारा किया गया है। एच.आइ.वी., HbsAg और HCV के नकारात्मक परिणाम, एच.आइ.वी. और हेपेटाइटिस के संक्रमण के जोखिम (रिस्क) की संभावना को पूरी तरह खत्म नहीं करते। सावधानी पूर्ण दाता चयन और बेहतर निम्न प्रयोगशाला परिक्षणों के सटीक प्रदर्शन के बाद भी संक्रमणक एजेंटों के प्रसारण (Transmission) के खतरों को समाप्त नहीं कर सकता अगर दाता बिड़ो पीरियट में है।

आधान संबंधित प्रतिक्रियाओं से बचाने के लिए

- रक्त समूह परिक्षण और संग्रहण परीक्षण (जहाँ आवश्यक है) जैसी एहतियात अस्पताल द्वारा लिए गए हैं, हालाँकि इन सावधानियों के बावजूद भी अपरिहार्य (अन अवाइडेबल) प्रतिकूल प्रतिक्रिया हो सकती है।
- 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 हूँ 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 फॉर्म अपनी मर्जी से स्वतंत्र इच्छा एवं स्थाई मानसिक अवस्था में हस्ताक्षर कर रहा/रही हूँ।

डॉक्टर का नाम	हस्ताक्षर
मरीज का नाम	हस्ताक्षर
गवाह का नाम	हस्ताक्षर
अभिभावक का नाम (संबंध)	हस्ताक्षर

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