

# **ICON HOSPITAL – CONSENT FOR TRANSFUSION OF BLOOD / BLOOD COMPONENTS**

**ISO CERTIFIED 9001:2015**

Gat No. 163, Tower Line Corner, Talawade Road, Triveninagar, Pune – 62

Mob.: 8149200044, 8149300044

Email: iconhospital2016@gmail.com

---

## **Patient Details**

**Patient Name:** \_\_\_\_\_

**PRN No.:** \_\_\_\_\_

**Age:** \_\_\_\_\_

**Sex:** \_\_\_\_\_

**IPD No.:** \_\_\_\_\_

**Ward:** \_\_\_\_\_

**Bed No.:** \_\_\_\_\_

---

## **1. CONSENT FOR BLOOD / BLOOD COMPONENT TRANSFUSION (ENGLISH)**

I have been informed by my Dr. \_\_\_\_\_ that in the course of my medical treatment with blood or blood products, in the interest of my health care, blood transfusion is used to treat acute blood loss (from disease, trauma, or surgery), acute and chronic anemia, and other conditions.

My doctor informed me that there are **risks associated with this therapy**. I have also been informed that if blood or blood product is required but refused, risk may include organ damage from inadequate oxygen supply, heart attack, stroke, or, in some cases, the inability to control bleeding and sometimes death.

---

## **Acknowledgment**

I acknowledge that I have read this form (or it has been read to me), that I understand the information contained in it, and that I have been given reasonable opportunity to ask questions. The questions I had have been answered satisfactorily.

I understand that my physician will be available to answer questions regarding blood or blood-product transfusion and agree to hold the Hospital staff, employees, and physicians harmless if I refuse consent to transfusion of blood or blood products.

---

## Patient & Relative Signature Section (English)

Name of Patient: \_\_\_\_\_

Signature of Patient: \_\_\_\_\_

Name of Relative: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Relationship: \_\_\_\_\_

Date: \_ / \_ / \_\_

Time: \_\_\_\_\_

## 2. रक्तसंचार संमतीपत्र (MARATHI VERSION)

माझे डॉक्टर \_\_\_\_\_ यांनी मला सांगितले आहे की, माझ्या उपचारामध्ये वैद्यकीय दृष्ट्या माझ्यासाठी रक्त किंवा रक्तघटक देणे आवश्यक आहे. मोठ्या प्रमाणावर रक्तसाव झाल्यास (आजारा मुळे, अपघात, शस्त्रक्रिया) तीव्र रक्तक्षय अथवा गंभीर आजार असलेल्यांना रक्त देणे आवश्यक आहे.

मला उपचाराच्या पद्धतीशी संबंधित घोके देखील डॉक्टरांनी सांगितले आहेत. यात रक्त न दिल्यास होणाऱ्या अत्यंत गंभीर परिणामांची माहिती दिली आहे, जसे की:

- अवयवांना ऑक्सिजनची कमतरता
- हृदयविकाराचा झटका
- मेंदूचा झटका
- काही वेळा रक्तसाव थांबविण्याची क्षमता कमी होणे
- मृत्यू होण्याची शक्यता

### समजुतीची नोंद

मी हे जाहीर करतो की मी हे संमतीपत्र वाचले आहे / किंवा ते मला वाचून दाखविण्यात आले आहे.

यातील सर्व माहिती मला समजली आहे. मला रक्त देण्याविषयी तसेच रक्त देण्यास नकार दिल्यास होणाऱ्या इतर परिणामांबद्दल डॉक्टरांनी पूर्ण माहिती दिली आहे.

माझ्या उपचारासंबंधी डॉक्टरांना काही शंका असल्यास ते मला समजावून सांगण्यासाठी उपलब्ध राहतील, याची मला पूर्ण कल्पना आहे.

मी डॉक्टर, हॉस्पिटल स्टाफ तसेच संस्थेला रक्त न देण्याच्या निर्णयामुळे कोणतीही जबाबदारी येणार नाही, हे घोषित करतो.

## स्वाक्षरी विभाग (MARATHI)

रुग्णाचे नाव: \_\_\_\_\_

रुग्णाची सही: \_\_\_\_\_

नातेवाईकाचे नाव: \_\_\_\_\_

सही: \_\_\_\_\_

नाते: \_\_\_\_\_

दिनांक: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

वेळ: \_\_\_

---

**END OF BLOOD TRANSFUSION CONSENT FORM**