

# Gravity Hospital & Research Centre – CONSENT FOR TRANSFUSION OF BLOOD / BLOOD COMPONENTS

**Address:** Gat No, 167, Sahyog Nager, Triveni Nagar, Chowk, Pimpri-Chinchwad,  
Maharashtra 411062

**Mob.:** +91 1234567890

**Email:** support@gravityhospital.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 treating doctor Dr. \_\_\_\_\_ that, as part of my medical treatment and in the interest of my health, transfusion of blood or blood components may be required.

I understand that blood transfusion is commonly used in the treatment of acute blood loss due to disease, trauma, or surgery, as well as for acute or chronic anemia and other serious medical conditions.

My doctor has clearly explained to me that there are certain risks associated with blood or blood component transfusion. I have also been informed that refusal of blood transfusion, when medically indicated, may result in serious consequences including but not limited to inadequate oxygen supply to vital organs, organ damage, heart attack, stroke, inability to control bleeding, and in some cases, death.

## Acknowledgement

I acknowledge that I have read this consent form, or that it has been read and explained to me in a language that I understand. I confirm that I have been given adequate opportunity to ask questions regarding blood or blood component transfusion, and that all my questions have been answered to my satisfaction.

I understand that my physician will remain available to answer any further questions related to blood transfusion. I also agree that if I refuse consent for blood or blood product transfusion, I shall hold the hospital, its doctors, staff, and employees harmless and not responsible for any adverse outcome arising from such refusal.

---

## Patient & Relative Signature Section (ENGLISH)

Role	Name	Signature	Date	Time
------	------	-----------	------	------

Patient

Relative

Relationship

---

## रक्त / रक्त घटक चढ़ाने की सहमति (HINDI – FULL & ELABORATIVE)

मेरे उपचार करने वाले चिकित्सक डॉ. \_\_\_\_\_ ने मुझे यह स्पष्ट रूप से समझाया है कि मेरे वर्तमान चिकित्सीय उपचार के दौरान, मेरे स्वास्थ्य के हित में मुझे रक्त या रक्त के घटकों का ट्रांसफ्यूजन (रक्त चढ़ाना) दिया जाना आवश्यक हो सकता है।

मैं समझता/समझती हूँ कि रक्त ट्रांसफ्यूजन का उपयोग गंभीर रक्तस्राव (बीमारी, दुर्घटना या शल्य चिकित्सा के कारण), तीव्र अथवा दीर्घकालिक एनीमिया तथा अन्य गंभीर चिकित्सीय स्थितियों के उपचार के लिए किया जाता है।

डॉक्टर द्वारा मुझे यह भी समझाया गया है कि रक्त या रक्त घटक ट्रांसफ्यूजन से कुछ जोखिम जुड़े हो सकते हैं। साथ ही, मुझे यह भी बताया गया है कि यदि चिकित्सकीय रूप से आवश्यक होने के बावजूद रक्त ट्रांसफ्यूजन से इनकार किया जाता है, तो इसके गंभीर परिणाम हो सकते हैं, जिनमें शरीर के महत्वपूर्ण अंगों को ऑक्सीजन की कमी, अंग क्षति, हृदयाघात, मस्तिष्काघात, रक्तस्राव को नियंत्रित न कर पाना तथा कुछ मामलों में मृत्यु भी शामिल है।

### स्वीकृति

मैं यह स्वीकार करता/करती हूँ कि मैंने इस सहमति पत्र को पढ़ लिया है अथवा इसे मुझे मेरी समझ की भाषा में पढ़कर समझाया गया है। मुझे रक्त ट्रांसफ्यूजन से संबंधित प्रश्न पूछने का पूरा अवसर दिया गया है और मेरे सभी प्रश्नों का संतोषजनक उत्तर दिया गया है।

मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे चिकित्सक भविष्य में भी रक्त ट्रांसफ्यूजन से संबंधित प्रश्नों का उत्तर देने के लिए उपलब्ध रहेंगे। यदि मैं रक्त या रक्त घटक ट्रांसफ्यूजन से इनकार करता/करती हूँ, तो उससे उत्पन्न किसी भी प्रतिकूल परिणाम के लिए मैं अस्पताल, उसके डॉक्टरों, कर्मचारियों या प्रबंधन को जिम्मेदार नहीं ठहराऊंगा/ठहराऊंगी।

## रोगी एवं नातेवाईक के हस्ताक्षर (HINDI)

भूमिका नाम हस्ताक्षर दिनांक समय

रोगी

नातेवाईक

संबंध

## रक्त / रक्तघटक संक्रमणासाठी संमतीपत्र (MARATHI – FULL & ELABORATIVE)

माझ्या उपचार करणाऱ्या डॉक्टर डॉ. \_\_\_\_\_ यांनी मला स्पष्टपणे सांगितले आहे की माझ्या सध्याच्या वैद्यकीय उपचारादरम्यान माझ्या आरोग्याच्या हितासाठी मला रक्त किंवा रक्तघटक देणे आवश्यक ठरू शकते.

रक्तस्राव मोठ्या प्रमाणात झाल्यास (आजार, अपघात किंवा शस्त्रक्रियेमुळे), तीव्र किंवा दीर्घकालीन रक्तक्षय तसेच इतर गंभीर आजारांच्या उपचारासाठी रक्त किंवा रक्तघटक देण्यात येतात, याची मला पूर्ण जाणीव आहे.

डॉक्टरांनी मला रक्त किंवा रक्तघटक संक्रमणाशी संबंधित संभाव्य धोके स्पष्टपणे समजावून सांगितले आहेत. तसेच, वैद्यकीयदृष्ट्या आवश्यक असताना रक्त न घेण्याचा निर्णय घेतल्यास खालील गंभीर परिणाम होऊ शकतात, हेही मला सांगण्यात आले आहे:

- शरीरातील महत्वाच्या अवयवांना ऑक्सिजनची कमतरता
- हृदयविकाराचा झटका
- मेंदूचा झटका
- रक्तस्राव नियंत्रणात न येणे
- काही वेळा मृत्यू होण्याची शक्यता

## समजुतीची नोंद

मी हे संमतीपत्र वाचले आहे किंवा ते मला वाचून समजावून सांगण्यात आले आहे. यामधील सर्व माहिती मला पूर्णपणे समजली आहे. रक्त संक्रमणासंदर्भातील सर्व शंका विचारण्याची संधी मला देण्यात आली असून माझ्या सर्व शंकांचे समाधानकारक निरसन करण्यात आले आहे.

माझ्या उपचारांबाबत भविष्यात काही प्रश्न असल्यास डॉक्टर ते समजावून सांगण्यासाठी उपलब्ध राहतील, याची मला जाणीव आहे. रक्त किंवा रक्तघटक घेण्यास नकार दिल्यास त्यातून होणाऱ्या कोणत्याही

परिणामांसाठी मी रुग्णालय, डॉक्टर, कर्मचारी किंवा संस्था यांना जबाबदार धरणार नाही, यास मी सहमती देत आहे.

---

### स्वाक्षरी विभाग (MARATHI)

भूमिका नाव स्वाक्षरी दिनांक वेळ

रुग्ण

नातेवाईक

नाते

---

**END OF BLOOD TRANSFUSION CONSENT FORM**

---