



Mfg. Licence No. U.P/B&B P/2023/01

HIND CHARITABLE BLOOD CENTRE

(Established & Run By Gramudyog Sewa Niketan)

Plot No. H-1, 1st Floor, Pratap Vihar, Vijay Nagar, Ghaziabad-201009 (U.P.)

Tel. : 0120-6351391 Mob. : +91-8448217787 E-mail : hindcharitablebloodcentre@gmail.com



क्रम संख्या :

रक्तदाता अभिलेख

Donor Id

दिनांक.....

रक्तदान का संकल्प लेने के लिए धन्यवाद

आपकी तथा रक्त प्राप्त करने वाले रोगियों की सुरक्षा को सुनिश्चित करने के लिए, कृपया भूयना प्रपत्र को पढ़कर उसके सभी प्रश्नों का सही उत्तर दें। यदि आपको इस फॉर्म को भरने में कोई कठिनाई होती है तो कृपया रक्त केन्द्र के स्टाफ की मदद लें। आपके द्वारा दिये गये सूचनाओं को गोपनीय रखा जाएगा।

रक्तदाता का नाम : पिता का नाम :

जन्म तिथि : उम्र : लिंग : पुरुष/महिला

पत्राचार का पता (निवास) मकान संख्या : ग्राम :

पोस्ट : जनपद : पिनकोड :

सम्पर्क नं. (निवास) ई-मेल :

व्यवसाय संस्था

रक्तदाता का प्रकार - स्वैच्छिक/प्रतिस्थानी/पारिवारिक :

यदि प्रतिस्थानी / पारिवारिक रक्तदाता है तो (मरीज से सम्बन्ध) :

मरीज का नाम : वार्ड/बेड/पंजीकरण/आई.डी.संख्या :

हॉस्पिटल/नर्सिंग होम का नाम :

1. क्या आपने पूर्व में रक्तदान किया है (हाँ/नहीं) :

1.1 आपका रक्त समूह (Blood Group) :

1.2 कितनी बार रक्तदान किया है होल ब्लड : ऐफरेसिस :

1.3 अन्तिम रक्तदान की तिथि : होल ब्लड/ऐफरेसिस :

1.4 क्या आपने पिछले रक्तदान के दौरान किसी प्रकार की कठिनाई या परेशानी का अनुभव किया था : हाँ/नहीं

1.5 यदि हाँ, हो तो कठिनाई बताएं : हाँ/नहीं

1.6 क्या आपको कभी रक्तदान न करने की सलाह दी गयी है। हाँ/नहीं

2. आपके स्वास्थ्य के सम्बन्ध में सूचना हाँ/नहीं

2.1 क्या आप आज अच्छा महसूस कर रहे हैं? हाँ/नहीं

2.2 क्या आपने कल रात नींद पूरी की थी? हाँ/नहीं

2.3 क्या आपने पिछले 04 घण्टे में कुछ खाया है? हाँ/नहीं

2.4 क्या रक्तदान के पश्चात् 24 घण्टे के अन्दर आपको कोई भारी कार्य, भारी वाहन चलाना या ऊँचाईयों पर चढ़कर कार्य करना है। हाँ/नहीं

3. यदि आपको निम्न में से कोई बीमारी है या रही है तो उसे (✓) मार्क करें तथा उपस्थित चिकित्सक से चर्चा करें:

- | | | | |
|-----------------|---------------------|----------------------|------------------------------------|
| • एलर्जी | • सिजोफ्रेनिया | • द्यूबरक्लोसिस | • ऑटो इम्यून डिसऑर्डर |
| • कैंसर | • सिफलिस | • पॉलीसीथेमिया | • एपिलेप्सी एवं ऐंठन |
| • गुर्दा रोग | • इंसुलिन पर मधुमेह | • लीवर रोग | • रक्त विकार/अस्पष्टीकृत रक्तस्राव |
| • कालाज्वर | • जी-6 पीडी की कमी | • सूजाक रोग | • हृदय रोग |
| • पेट का अल्सर | • अस्थमा | • कुष्ठ रोग | • अंतःस्राव रोग |
| • साइनोसाइटिस | • सर्दी/खाँसी | • उच्च/निम्न रक्तचाप | • एनजाइटी/मनोदशा: विकास |
| • बुखार | • थायरॉयड रोग | • माइग्रेन | • चर्म रोग |
| • कनजक्टिवाइटिस | • फेफड़ा रोग | • मुर्छा आना | • अन्य रोग |

दिये गये में हाँ के लिए (✓) मार्क लगाये

4. पिछले 2 वर्ष के दौरान आप निम्न बिमारियों से पीड़ित हुए हैं? ☐ द्यूबरक्लोसिस ☐ ओस्टियोमलायटिस ☐

5. पिछले 12 माह से आप के साथ ऐसा हुआ है?

रक्त का रक्त का उत्पाद चढ़ाना ☐ बड़ा ऑपरेशन ☐ टायफाइड ☐ कान छेदना ☐एक्यूंपंचर द्वारा इलाज ☐ गोदना टैटू बनवाना ☐ रैबीज वैक्सीन/हेपेटाइटिस-बी इम्युनोग्लोबुलिन ☐क्या आपका पीलिया से पीड़ित किसी (पारिवारिक / अन्य) व्यक्ति के साथ निकट संपर्क था? ☐

6. क्या पिछले 6 महीनों में आपके साथ ऐसा हुआ?

छोटा आपरेशन ☐ बेहोशी में दाँत का आपरेशन ☐ दाँत निकलवाना ☐ डेंगू/चिकनगुनिया ☐

7. क्या आप पिछले 4 महीनों में जीका वायरस/वेस्टनाईल वायरस से पीड़ित हुए हैं?

8. क्या आप पिछले 3 महीनों में मलेरिया से पीड़ित हुए हैं? ☐
9. पिछले 04 सप्ताह में आपके साथ ऐसा हुआ है? ☐
- मधुमेह की दवाओं या दवाओं की खुराक को संशोधित किया गया। ☐
 - उक्त रक्तचाप से ग्रस्त दवाओं या दवाओं की खुराक को संशोधित किया गया। ☐
 - लाइव एंटीन्यूट्रेड वैक्सीन (पोलियो, मोजल्स, मम्स, एलोफीवर, जैई, इन्फुएंजा, टाइफाइड व हेपेटाइटिस) ☐
10. पिछले 02 सप्ताह से निम्न में से किसी विमारी से पीड़ित हुए हैं? ☐
- यू.टी.आई., दस्त, मोजल्स, मम्स एवं खसरा ☐
 - क्या आपने पिछले 02 सप्ताह में नॉन लाइव वैक्सीन व टॉक्सोएड लगवाया है? ☐
 - (टाइफाइड, जैरा, पेपिलोमा, वायरस, इन्फ्लुएंजा, मोनिंगोकोकल, काली खांसी, न्यूमोकोल, पोलियो इन्जेक्शन, डिप्थिरिया, टिटनस प्लेग)
11. क्या पिछले 72 घंटे में आपके द्वारा एसप्रिन, एल्कोहल व स्टेरॉयड लिया गया है अथवा लेंगे? ☐
12. क्या आप जानते हैं कि निम्न परिस्थितियों में आपको रक्तदान नहीं करना चाहिए? ☐
- यदि आप एच.आई.वी. पॉजिटिव हैं, हेपेटाइटिस-बी, सी या सिफलिस संक्रमित हैं। ☐
 - यदि आपके कई सेक्स पार्टनर हैं या पुरुष से पुरुष की सेक्स गतिविधियों में संलग्न हैं ☐
 - अगर आपने कभी सेक्स वर्कर के रूप में कार्य किया है या सेक्स वर्कर के साथ सेक्स किया है। ☐
 - आपने कभी किसी ऐसी औषधि या इन्जेक्शन (मादक पदार्थ लिया है जिसे पंजीकृत डॉक्टर द्वारा लेने की सलाह न दी गयी हो। ☐
 - यदि आपको संदेह है कि आपको या आपके साथी को एच.आई.वी. या कोई अन्य यौन संचारित रोग हो सकता है। ☐
13. क्या आप या आपका यौन साथी उपरोक्त या निम्न श्रेणियों में से संबंधित है? ☐
- क्या आपके पास यह विश्वास करने का कोई कारण है कि आप उस वायरस से संक्रमित हैं जो एड्स/मलेरिया/यौन संक्रमण रोग करता है। ☐
 - क्या आप पिछले 6 महीने से निम्न में से किसी लक्षण से ग्रसित हैं? ☐
- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| रात को पसीना ☐ | लगातार बुखार ☐ | ग्रंथियों से में सूजन ☐ |
| अचानक वजन घटना ☐ | | लगातार दस्त होना ☐ |
14. यदि आप महिला हैं तो ☐
1. क्या आप गर्भवती हैं या पिछले 06 महीनों में आपका गर्भपात हुआ है? ☐
 2. क्या आपका बच्चा 01 वर्ष से कम उम्र का है? क्या आप स्तनपान करवा रही हैं? ☐
 3. क्या आपका मासिक धर्म चल रहा है? ☐
15. क्या आप अपने द्वारा दिये गये पते/संपर्क नं. पर किसी भी असामान्य परीक्षण परिणाम के बारे में सूचित किया जाना चाहेंगे? ☐
16. क्या आपने सभी प्रश्नों को सही ढंग से पढ़कर समझ लिया है? कोई गलत कथन या जानकारी छिपाने से आपके स्वास्थ्य को प्रभावित कर सकता है या प्राप्तकर्ता को नुकसान पहुँच सकता है। ☐
17. क्या आप 14 दिन के अन्दर कोविड-19 वैक्सीनेट हुए हैं? ☐

सहमति

मैं सहमति देता/देती हूँ कि:-

- (a) मुझे ऊपर बताई गई सभी जानकारियों के बारे में समझा दिया गया है तथा मैं समझ गया/गयी हूँ और सभी सवालों के जवाब मैंने अपने सर्वश्रेष्ठ ज्ञान से दिये हैं।
- (b) रक्तदान पूर्णता स्वैच्छिक प्रक्रिया है और मुझे कोई प्रलोभन या पारिश्रमिक नहीं दिया गया है।
- (c) मैं समझता/समझती हूँ कि रक्तदान एक चिकित्सीय प्रक्रिया है और मैं रक्तदान प्रक्रिया से जुड़े जोखिम को स्वीकार करता/करती हूँ।
- (d) मेरे रक्त/रक्त से तैयार किए गए घटक, रक्त उत्पादों का उपयोग अज्ञात प्राप्तकर्ता के आवश्यकता हेतु किया जा सकता है या सरकार की नीति और उच्च संशोधन के अनुसार निस्तारण/खंडित किया जा सकता है।
- (e) रक्त सौ. सुनिश्चित करने के लिए हेपेटाइटिस-बी, हेपेटाइटिस-सी, एच.आई.वी., मलेरिया या सिफलिस के अतिरिक्त आवश्यक कोई अन्य सौ. जांचकल परीक्षण भी मेरे रक्त में किया जा सकता है।
- (f) मेरा रक्त या रक्त उत्पादों का उपयोग पैनल अथवा वैज्ञानिक अनुसंधान के प्रयोजनों में किया जा सकता है।

रक्तदाता के हस्ताक्षर

चिकित्साधिकारी के हस्ताक्षर

MEDICAL ASSESSMENT

Name of Medical Officer :		Sign :
Donor's Name : Blood Group		
Weight : Kgs Hb level > 12.5g/dl <12.5 g/dl)		
History Check List	Feeling well / adequate sleep (>5hrs) / last meal within 4 hrs Ever Hospitalized Current illness or medications :	
Examination Check List	Unhealthy look/pallor / icterus / alchol smell Infected wounds / Venepuncture site lesions Pulse : Beats / min BP : mm Hg Heart : Lunge :	
Counseling Points	Post donation instructions / making a regular donor Need for follow up for TTI purposes How to contact for follow up purposes : By a letter / By Phone / By e-mail	
Outcome	Donor accepted / Temporary deferral / Permanent deferral	
Remarks / Reasons for Deferral :		
REGISTRATION		
Name of Medical Officer :		Date :
Donor ID No.	Blood Unit No.	Segment No.
Type of Bag : Single : Double : Triple : Quadruple :		
BLOOD COLLECTION 		
Name of Phlebotomist :		Sign :
Check : Donar's Name		
Check Donation No. On Donation record / Blood Bags / Specimen Tubes		
Start Time :		Time Taken : mins
Volume : ml		Blood Bag No.
Complications : Faint : Fits : Double Prick : Haematoma :		
Others (please specify) :		
Management :		

संदर्भन हेतु सहमति

मैं समझता हूँ कि :

- रक्तदान प्रक्रिया के दौरान मुझे सुरक्षित रक्तदान के महत्व के विषय में परामर्श दिया गया है। मेरे रक्त परीक्षण के लिए सहमति व्यक्त की गयी है। असामान्य परिणाम की दशा में मुझे सूचित किया जाए।
- रक्त केन्द्र के किये गये परीक्षण निदानकारी नहीं है तथा फाल्स-पॉजिटिव परिणाम दे सकते हैं।
- तथ्यों की कोई गलत जानकारी मेरे स्वास्थ्य या मेरे रक्त प्राप्त करने वाले मरीजों को खतरे में डाल सकती है तथा इससे कानूनी झगड़ा उत्पन्न हो सकता है।
- असामान्य परिणाम आने पर रक्त केन्द्र द्वारा परामर्श तथा संदर्भन के लिए मुझसे सम्पर्क किया जायेगा।

संदर्भित रक्त केन्द्र के
स्टाफ का हस्ताक्षर

रक्तदाता के हस्ताक्षर

स्थान :

दिनांक :