



All India Institute of Medical
Sciences, Rajkot
Department of Transfusion Medicine



BLOOD STORAGE UNIT
License No. G/BSC/288
रक्त आधान के लिए मरीज़ की सहमति

मैं, श्री/श्रीमती/कुमारी _____ के
पुत्र/पुत्री/पत्नी को (चिकित्सक/सर्जन का नाम) _____ इसके तहत
_____ विभाग में _____ बीमारी के लिए भर्ती किया गया है

मुझे उस भाषा में समझाया गया है जिसे मैं समझता हूँ:

1. मुझे/मेरे मरीज़ की स्थिति/सर्जरी/चिकित्सीय प्रक्रिया के लिए रक्त/रक्त घटक आधान की संभावना की आवश्यकता है।
2. मैं/मेरा मरीज समझता हूँ कि रक्त/रक्त घटक को राष्ट्रीय नियमों के तहत स्थापित नियमों के अनुसार तैयार और परीक्षण किया गया है।
3. मुझे/मेरे मरीज को इस तरह के रक्त आधान के लाभों के साथ-साथ जोखिमों (एचआईवी, हेपेटाइटिस बी, हेपेटाइटिस सी, सिफिलिस/मलेरिया के संचरण और रक्त आधान से संबंधित अन्य प्रतिकूल घटनाओं सहित) के बारे में बताया गया है। मैं समझता हूँ कि बिंदु संख्या 2 में उल्लिखित परीक्षण के बावजूद ये जोखिम बने हुए हैं।
4. मुझे/मेरे मरीज़ को रक्त आधान के विकल्प और उनके लाभों और सीमाओं के बारे में भी बताया गया है।
5. मुझे/मेरे मरीज़ को आधान की आवश्यकता/लाभ/जोखिम/विकल्पों से संबंधित कोई भी प्रश्न/स्पष्टीकरण पूछने का अवसर मिला।
6. मेरा/मेरे मरीज का मानना है कि मुझे/हमें रक्त या रक्त घटक के आधान के लिए सहमति देने का निर्णय लेने के लिए पर्याप्त रूप से सूचित किया गया है।
मैं/मेरा मरीज इलाज करने वाले चिकित्सक/सर्जन द्वारा आवश्यक समझे जाने पर रक्त और रक्त घटक के आधान के लिए सहमति देता हूँ।

(हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का निशान)

(हस्ताक्षर/बाएं अंगूठे का निशान)

रोगी/ रोगी. प्रतिनिधि नाम: _____

गवाह का नाम: _____

तारीख: _____

रोगी से संबंध: _____

जगह: _____

तारीख: _____

जगह: _____

हस्ताक्षर: _____

तारीख: _____

डॉक्टर का नाम: _____

जगह: _____