
	All India Institute of Medical Sciences, Rajkot Department of Transfusion Medicine	
	BLOOD STORAGE UNIT License No. G/BSC/288 લોહી યડાવવા માટે દર્દી નું સંમતિ પત્રક	

હું, શ્રી/ શ્રીમતી/ મિસ _____

ના પુત્ર/ પુત્રી/ પત્ની/પતિ _____

(કિજીશયન/ સર્જન) _____ હેઠળ _____

વિભાગમાં _____ માટે દાખલ છે.

મને/અમને એવી ભાષામાં સમજાવામા આવ્યું છે જે હું/અમે સમજી/સમજીએ છું/છીએ.

- હું/મારા દર્દીની સ્થિતિ/શસ્ત્રક્રિયા/રોગ નિવારક પ્રક્રિયામાં લોહી/રક્તઘટક યડાવાની શક્યતા છે.
- હું/મારો દર્દી સમજું છું કે લોહી/રક્તના ઘટક તૈયાર કરવામાં આવ્યા છે અને તેનું રાષ્ટ્રીય નિયમો હેઠળ સ્થાપિત નિયમો સાથે પરીક્ષણ કરવામાં આવ્યું.
- મને/મારા દર્દીને આવા લોહી યડાવવા માટેના ફાયદા તેમજ જોખમો (એચઆઈવી, હેપેટાઈટીસ બી, હેપેટાઈટીસ સી, સિફિલિસ/મેલેરિયા અને અન્ય લોહી યડાવવા સંબંધિત પ્રતિકૂળ ઘટનાઓ સહિત) સમજાવવામાં આવ્યા છે. હું સમજું છું કે ઉપર નંબર 2 માં ઉલ્લેખિત પરીક્ષણ છતાં આ જોખમો રહે છે.
- મને/મારા દર્દીને લોહી યડાવવાના વિકલ્પો અને તેના ફાયદા અને મર્યાદાઓ પણ સમજાવવામાં આવી છે.
- મને/મારા દર્દીને લોહી યડાવવાની જરૂરિયાત/લાભ/જોખમો/ લોહી યડાવવાના વિકલ્પો સંબંધિત કોઈપણ પ્રશ્નો/સ્પષ્ટઓ પુછવાની તકો મળી હતી.
- હું/મારો દર્દી માનું છું કે મને/અમને રક્ત અથવા રક્તઘટક યડાવવા માટે સંમતિ આપવાનું નક્કી કરવા માટે પૂરતી જાણ કરવામાં આવી છે.

હું/મારા દર્દી સારવાર માટે સારવાર કરતાં ચિકિત્સક/સર્જન દ્વારા જરૂરી ગણાતા લોહી અને લોહીના ઘટક યડાવવા માટે સંમતિ આપું છું.

(સહી/ડાબા અંગૂઠાની છાપ)

દર્દી / દર્દીના પ્રતિનિધિ

નામ: _____

તારીખ: _____

સ્થળ: _____

ડોક્ટરનું નામ: _____

તારીખ: _____

(હસ્તાક્ષર/ડાબા અંગૂઠાની છાપ)

સાક્ષીનું નામ: _____

દર્દી સાથે સંબંધ: _____

તારીખ: _____

સ્થળ: _____

સહી: _____

સ્થળ: _____