ರೋಟರಿ ಬೆಂಗಳೂರು – ಟಿ.ಟಿ.ಕೆ ರಕ್ತನಿಧಿ, ಬೆಂಗಳೂರು ಮೆಡಿಕಲ್ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಟ್ರಸ್ಟ್
ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ರಕ್ತ ಪೂರಣ ಕೇಂದ್ರ, ಕರ್ನಾಟಕ. (ಪರವಾನಗಿ ಸಂಖ್ಯೆ.KTK/28 C-7/95)

ಅನುಬಂಧ ಗು.ಸಂ:II.B.1.d.3.ii. ಪೂರ್ಣರಕ್ತ ದಾನಿಗಳ ನಮೂನೆ ಆವೃತಿ: 5 ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ: 01.01.15
ನಮೂನೆ ಅನುಮೋದಿಸಿದವರು: TM ಅಧಿಕೃತ: QM

ಆವರಣದ ಸಂಕೇತ

ರಕ್ತದಾನಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಹಿತಿ, ನೊಂದಣಿ ಹಾಗೂ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ.

1. 18-65 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸು ಮತ್ತು 45 ಕೆ.ಜಿ. ತೂಕವಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಮೂರು ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಬಹುದು.
2. ಎರಡು ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೋಗಿಗಗಳಿಗೆ ಸಹಾಯಾರ್ಥದ ಸಲುವಾಗಿ ರಕ್ತದ ವಿವಿಧ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
3. ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಅಪರೂಪವಾಗಿ ತಲೆ ಸುತ್ತುವುದು, ತೋಳಿನಲ್ಲಿ ನೋವು ಮತ್ತು ಬಾವು, ಜೋಮಹಿಡಿಯುವುದು ಇತ್ಯಾದಿ ಆಗಬಹುದು, ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ನರ್ಸ್ ನಿಗಾವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮಗೆ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ "ರಕ್ತದಾನದ ನಂತರದ ಸಂಭಾವ್ಯ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ನಿರ್ವಹಣೆಯ" ಬಗ್ಗೆ ಓದಿರಿ.

ಸೂಚನೆ: ರೋಟರಿ ಬೆಂಗಳೂರು – ಟಿ.ಟಿ.ಕೆ ರಕ್ತನಿಧಿ, ಬೆಂಗಳೂರು ಮೆಡಿಕಲ್ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಟ್ರಸ್ಟ್ ನಿಂದ ದಾನಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಗೌಪ್ಯವಾಗಿಡಲಾಗುವುದು.

ದಾನಿಯ ಮೊದಲ ಹೆಸರು ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ದಿನ ಮಾಸ ವರ್ಷ
ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ ☐☐☐☐☐☐☐☐

ತಾಯಿಯ ಹೆಸರು: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ಲಿಂಗ: ☐ ಗಂಡು ☐ ಹೆಣ್ಣು

ಪೂರ್ಣ ವಿಳಾಸ:

(ಕಛೇರಿ)

ಮೊಬೈಲ್ ಸಂಖ್ಯೆ:
ಟೆಲಿಫೋನ್ (ಮನೆ)
ಟೆಲಿಫೋನ್ (ಕಛೇರಿ)

ಈಮೈಲ್:

ಹುದ್ದೆ:

ಉದ್ಯೋಗಿಯ ಗುರುತಿನ ಸಂಖ್ಯೆ:

ನೀವು, ಈ ಹಿಂದೆ ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು / ಇಲ್ಲ, ಹೌದಾದರೆ ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ? . . . . ಕೊನೆಯ ಬಾರಿ ಯಾವಾಗ ದಾನ ಮಾಡಿದ್ದೀರಿ? < 3ತಿಂಗಳು, >6ತಿಂಗಳು, >1ವರ್ಷ

ಹಿಂದಿನ ರಕ್ತದಾನದ ನಂತರ ನಿಮಗೇನಾದರೂ ಅಸೌಖ್ಯ ಅಥವಾ ರಕ್ತದಾನದ ನಂತರದ ಪರಿಣಾಮಗಳೇನಾದರೂ ಆಗಿತ್ತಾ? ☐ ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ

ಇದು ನಿಮ್ಮ ಅಥವಾ ರೋಗಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು. ಆದ್ದರಿಂದ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಿ,

ಕ್ರ.ಸಂ	ಕೆಳಗೆ ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಲಾಗಿರುವ ಕೆಲವು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ, ನೀವು ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಬಾರದು. ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಕ್ತವಾದುದನ್ನು ಗುರ್ತು ಮಾಡಿ ಹಾಗೂ ಯಾವುದಾದರೂ ಸಂಶಯಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರನ್ನು ಸಮಾಲೊಚಿಸಿ (✓)	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ
1.	**ನೀವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಥವಾ ಎಂದಾದರೂ ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಿರಾ?** ಅಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವ ಅಥವಾ ರಕ್ತದ ತೊಂದರೆಗಳು — ಪಾಲಿಸಿಥಿಮಿಯಾ ವೆರಾ ಹೃದಯ, ಕಿಡ್ನಿ, ಶ್ವಾಶಕೋಶ ಅಥವಾ ಲಿವರ್ ತೊಂದರೆಗಳು — ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ಎಪಿಲೆಪ್ಸಿ, ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳು — ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಅವಲಂಬಿತ ಸಕ್ಕರೆ ಖಾಯಿಲೆ ಕ್ಷಯ ಅಥವಾ ಕುಷ್ಠರೋಗ — ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ಹೆಚ್ಚು ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಅಥವಾ ಇತರೆ ಎಂಡೊಕ್ರೈನ್ ತೊಂದರೆಗಳು — ಮೂರ್ಛೆ ಅಲರ್ಜಿಕ್ ತೊಂದರೆಗಳು		
2.	**ನಿಮಗೇನಾದರೂ ಈಗ ಅಥವಾ ಈ ಹಿಂದೆ ಎಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್, ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕದ ಸೋಂಕು ಅಥವಾ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ/ಸಿ ಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂದಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದಾದರನ್ನು ಅಪಾಯವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಿರಾ?** ಹಣ ಅಥವಾ ಮಾದಕ ವಸ್ತುಗಳಿಗಾಗಿ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನೇನಾದರು ಹೊಂದಿದ್ದರಾ? ಮಾದಕ ವಸ್ತುಗಳ ಸೇವನೆಯಿದಿಯೇ? ಎಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್, ಲೈ.ಸಂ.ಸೋಂ ಅಥವಾ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಸಂಭಂದಿಸಿದಂತೆ ಎಂದಾದರೂ ಪಾಸಿಟೀವ್ ಫಲಿತಾಂಶ ಬಂದಿದೆಯೇ. ಮೇಲ್ಕಂಡ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಂದಿಗೆ **ಅಸುರಕ್ಷಿತ** ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ.		
3.	**ನೀವು ಕಳೆದ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಖಂಡ ಯಾವುದಾದರನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಿರಾ?** ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ — ನಾಯಿ ಕಡಿತ ಅಥವಾ ರೇಬಿಸ್ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ರಕ್ತ ಹಾಕಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ? — ಟೈಫಾಯ್ಡ್		
4.	**ನೀವು ಕಳೆದ ಆರು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಖಂಡ ಯಾವುದಾದರನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಿರಾ?** ಕಾಂಡೋಮ್ ಬಳಸದೇ ಒಬ್ಬರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕ(ಯೋನಿ, ಗುದ, ಬಾಯಿ) ಹೊಂದಿದ್ದಿರಾ? ಹಚ್ಚೆ ಅಥವಾ ಕಿವಿ ಚುಚ್ಚಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು , ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಊತ ತೂಕದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದು ಅಥವಾ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಜ್ವರ		

ರೋಟರಿ ಬೆಂಗಳೂರು – ಟಿ.ಟಿ.ಕೆ ರಕ್ತನಿಧಿ, ಬೆಂಗಳೂರು ಮೆಡಿಕಲ್ ಸರ್ವಿಸಸ್ ಟ್ರಸ್ಟ್
ಪ್ರಾದೇಶಿಕ ರಕ್ತ ಪೂರಣ ಕೇಂದ್ರ, ಕರ್ನಾಟಕ. (ಪರವಾನಗಿ ಸಂಖ್ಯೆ.KTK/28 C-7/95)

ಅನುಬಂಧ ಗು.ಸಂ:II.B.1.d.3.ii. ಪೂರ್ಣರಕ್ತ ದಾನಿಗಳ ನಮೂನೆ ಆವೃತಿ: 5 ಜಾರಿಗೊಳಿಸಿದ ದಿನಾಂಕ: 01.01.15
ನಮೂನೆ ಅನುಮೋದಿಸಿದವರು: TM ಅಧಿಕೃತ: QM

5.	**ನೀವು ಕಳೆದ ಮೂರು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಯಾವುದಾದರನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದಿರಾ?** ಮಲೇರಿಯಾ ದಂತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ, ರೂಟ್ ಕೆನಾಲ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ. ಡೇಂಗ್ಯೂ ಜ್ವರ		
6.	ನಿಮಗೇನಾದರೂ ಈ ಹಿಂದೆ ಕಾಮಾಲೆ (ಜಾಂಡೀಸ್) ಇತ್ತಾ? ಅಥವಾ ಅಂತಹವರ ಸಂಪರ್ಕವಿದೆಯೇ?		
7.	ನೀವು ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಬಾರದೆಂದು ಎಂದಾದರು ವೈದ್ಯರು ಸಲಹೆ ಮಾಡಿದ್ದಿರಾಯೇ?		
8.	ನೀವು ಕಳೆದ ಮೂರು ದಿನಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಆಸ್ಪಿರಿನ್ ಅಥವಾ ಆಸ್ಪಿರಿನ್ ಅಂಶ ಹೊಂದಿದ ಬೇರಾವುದಾದರೂ ಔಷದಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ?		
9.	ನೀವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಆಂಟಿಬಯೋಟಿಕ್ಸ್ ಅಥವಾ ಬೇರಾವುದಾದರೂ ಔಷದಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?		
10.	ನೀವು ಇವತ್ತು ಕ್ಷೇಮವಾಗಿದ್ದೀರಾ?		
11.	ನೀವು ಕಳೆದ ನಾಲ್ಕು ಗಂಟೆಗಳಿಂದೀಚೆಗೆ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸಿದ್ದೀರಾ?		
12.	ನಿಮಗೆ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಕೇಳಬೇಕಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳೇನಾದರೂ ಇವೆಯೆ?		
13.	**ಸ್ತ್ರೀ ರಕ್ತ ದಾನಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ** ನೀವು ಗರ್ಭಿಣಿಯೇ? ಕಳೆದ ಮೂರು ತಿಂಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲೇನಾದರೂ ಗರ್ಭಪಾತವಾಗಿದೆಯೇ? ನಿಮಗೇನಾದರೂ ಒಂದು ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಚಿಕ್ಕ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಗುವಿದಿಯೇ? ನೀವೇನಾದರೂ ಎದೆ ಹಾಲು ಕುಡಿಸುತಿದ್ದೀರಾ? ನೀವೇನಾದರೂ ಈಗ ಮುಟ್ಟಾಗಿದ್ದೀರಿಯೇ?		

ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚಕರ / ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ **ದಿನಾಂಕ**

ನಿಮ್ಮ ರಕ್ತದಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಯಾಗಬಾರದೆಂದು ಖಚಿತಪಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಲು, ಅದನ್ನು ಎಚ್.ಐ.ವಿ, ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಮತ್ತು ಸಿ, ಸಿಫಿಲಿಸ್, ಮಲೇರಿಯ ಹಾಗೂ ಇತರೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತೂ ಗೌಪ್ಯತೆಯನ್ನೂ ಕಾಪಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯದ ಯಾವುದಾದರೂ ಪರೀಕ್ಷಾ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಪಾಸಿಟಿವ್ ಬಂದಲ್ಲಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬಹುದಾದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾನಿಗಳಿಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವುದು ನಮ್ಮ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಒಂದು ವೇಳೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಬಂದಲ್ಲಿ, ನೀವು ವಿಳಂಬವಿಲ್ಲದೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಆರಂಭಿಸಬಹುದು. ಹಾಗೂ ನಿಯಂತ್ರಣ ಕ್ರಮವಾದ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ಕುಟುಂಬದ ಇತರೆ ಸದಸ್ಯರಿಗೂ ಕೊಡಬಹುದು.

ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ನಾನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ಅ. ರಕ್ತದಾನವು ಒಂದು ಸಂಪೂರ್ಣವಾದ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ಕಾರ್ಯವಾಗಿದ್ದು ಮತ್ತು ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಆಮಿಷ ಅಥವಾ ಸಂಭಾವನೆ ನೀಡಿರುವುದಿಲ್ಲ.
ಆ. ರಕ್ತ ಅಥವಾ ರಕ್ತದ ವಿವಿಧ ಅಂಶಗಳ ದಾನವು ಒಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಧಾನವಾಗಿದ್ದು, ಸಂಭಾವ್ಯ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.
ಇ. ನನ್ನ ರಕ್ತವನ್ನು, ರಕ್ತದ ಸುರಕ್ಷಾ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಇತರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ತಪಾಸಣಾ ಜೊತೆಯಲ್ಲೇ ಎಚ್ಐವಿ, ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಮತ್ತು ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಸಿ, ಮತ್ತು ಮಲ್ಭೆರಿಯಾ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಲಾಗುವುದು.
ಈ. ನನ್ನ ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಇತರೆ ಅಂಶಗಳಾದ ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಗಳು, ಪ್ಲೇಟ್ಲೆಟ್ಸ್, ಪ್ಲಾಸ್ಮಾಆಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿ ನಂತರ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಇತರೆ ರಕ್ತನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ಲಾಸ್ಮಾವನ್ನು ರೋಗಿಗಗಳ ಉಪಯೋಗಕ್ಕಾಗಿ ಆಲ್ಬುಮಿನ್, ಗ್ಲೋಬಿನ್ ಉತ್ಪತ್ತಿ ಮಾಡಲು, ಒಂದು ವೇಳೆ ವಿಭಾಗೀಕರಣದ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಕಳಿಸಬಹುದು.

ನಾನು ಏಫೆರೆಸಿಸ್ ವಿಧಾನದ ಮೂಲಕ ದಾನ ಮಾಡಲು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಣೆಯಿಂದ ಒಪ್ಪಿರುತ್ತೇನೆ.	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ
ನಾನು ಸ್ಟೆಮ್ ಸೆಲ್ಸ್ ದಾನಕ್ಕಾಗಿ ನೊಂದಣಿ ಮಾಡಿಸಲು ಸ್ವಇಚ್ಛೆಯಿಂದ ಮುಂದಾಗಿರುತ್ತೇನೆ.(ಮಾಹಿತಿಯು ರಿಸೆಪ್ಷನ್ ಹತ್ತಿರ ಕೊಡಲಾಗುತ್ತದೆ)	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ
ನೀವು ಯಾವುದಾದರೂ ಪಾಸಿಟೀವ್ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಇಚ್ಚಿಸುತ್ತೀರಾ.	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ

ಹೌದಾದರೆ ಹೇಗೆ? ☐ ಮೊಬೈಲ್ ☐ ಟೆಲಿಫೋನ್.ಕಛೇರಿ ☐ ಟೆಲಿಫೋನ್.ಮನೆ ☐ ಈ ಮೈಲ್ ☐ ಅಂಚೆ

ದಾನಿಯ ಸಹಿ: **ದಿನಾಂಕ:** **ಸಮಯ:**

Medical Examination & Blood collection (for staff use)

Donor type	**Camp Code**	Wt in Kg	Hb> 12.5%	Temp. Deg C	Signature of Technician
V / other			Y/N		

Pulse /min	BP: mm/Hg	Phlebotomy site free from skin diseases, punctures & scars Y/N

Donor is in good physical & mental health & fit to donate blood Y/N If deferred, reason & period of deferral	Signature of MO :

Bag Type: S / D / T	Tube ID	Collection time <10min	Time of collection	Signature of Phlebotomist
☐350 ml ☐450ml		Y/N		