

## রক্ত সঞ্চালনের জন্য সম্মতি

আমি ----- এবং/অথবা আমার আত্মীয় -----

--

আমাকে জানানো হয়েছে যে আমার সম্পূর্ণ রক্ত / ----- উপাদান

নিম্নলিখিত কারণে সঞ্চালন করা প্রয়োজন:

আমি/আমরা বুঝেছি যে রক্ত সঞ্চালন অত্যাবশ্যিক এবং এড়ানো সম্ভব নয়, যেটি আমাকে/আমাদের বোঝানো হয়েছে এমন ভাষায় যা আমি/আমরা বুঝি, ডাঃ ----- এর দ্বারা।

চিকিৎসক আমাকে রক্ত সঞ্চালনের সুবিধা, অসুবিধা এবং সম্ভাব্য পার্শ্বপ্রতিক্রিয়াগুলি বিস্তারিতভাবে ব্যাখ্যা করেছেন এবং এ সম্পর্কিত আমার সব প্রশ্নের সন্তোষজনক উত্তর দিয়েছেন।

আমাকে জানানো হয়েছে যে, ম্যালেরিয়া, হেপাটাইটিস বি, হেপাটাইটিস সি, সিফিলিস-এর মতো রোগ সংক্রমণ সম্ভব, যদিও সব ধরনের সতর্কতা নেওয়া হয় এবং সমস্ত প্রকারের স্ক্রিনিং টেস্ট সম্পন্ন করা হয়।

প্রতিক্রিয়া, অ্যানাফাইল্যাক্সিস, মেলামেশা না হওয়া (mismatch) যার ফলে কিডনির ক্ষতি হতে পারে — এই ধরনের জটিলতাও সর্বোচ্চ প্রচেষ্টা সত্ত্বেও ঘটতে পারে।

আমি/আমরা উপরের দেওয়া সমস্ত তথ্য পড়েছি এবং বুঝেছি এবং আমি/আমরা রক্ত/রক্তজাত পণ্য সঞ্চালনের জন্য সম্মতি দিচ্ছি।

স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

রোগীর নাম: \_\_\_\_\_

যোগাযোগ নম্বর: \_\_\_\_\_

IPD নম্বর: \_\_\_\_\_

আত্মীয়ের নাম: \_\_\_\_\_

যোগাযোগ নম্বর: \_\_\_\_\_

ঠিকানা: \_\_\_\_\_

ডাক্তার: \_\_\_\_\_

যোগাযোগ নম্বর: \_\_\_\_\_

পদবি: \_\_\_\_\_