

இரத்த ஏற்றுவதற்கான ஒப்புதல்

நான் _____ மற்றும்/அல்லது

எனது உறவினர்கள் _____ பின்வரும் காரணத்திற்காக
எனக்கு முழு இரத்தம் அல்லது _____ இரத்த கூறுகள் ஏற்றப்பட வேண்டும் என்று
தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது.

மருத்துவர் எனக்கு / எங்களுக்கும் புரியும் மொழியில் விளக்கியபடி இரத்தம் ஏற்றுவதற்கான
அவசியம் மற்றும் தவிர்க்க முடியாது என்பதை நான்/நாங்கள் புரிந்துகொண்டோம்.

சிகிச்சையளிக்கும் மருத்துவர் _____

இரத்த ஏற்றுவதின் நன்மைகள், தீமைகள் மற்றும் சாத்தியமான பக்க விளைவுகளை
விரிவாக எனக்கு விளக்கியுள்ளார், மேலும் இது தொடர்பான எனது அனைத்து
கேள்விகளுக்கும் திருப்திகரமாக பதிலளித்துள்ளார்.

மலேரியா, ஹெபடைடிஸ் பி, ஹெபடைடிஸ் சி, சிபிலிஸ் போன்ற நோய்கள் பரவுவது அனைத்து
முன்னெச்சரிக்கை நடவடிக்கைகளையும் எடுத்து அனைத்து வகையான ஸ்கிரீனிங்
சோதனைகளையும் மேற்கொண்ட போதிலும் சாத்தியமாகும் என்று எனக்குத்
தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது.

எதிர்வினை, அனாபிலாக்ஸிஸ், சிறுநீரகங்களுக்கு சேதம் விளைவிக்கும் பொருத்தமின்மை
போன்ற சிக்கல்கள் சிறந்த முயற்சிகள் இருந்தபோதிலும் ஏற்படலாம்.

மேலே கொடுக்கப்பட்ட அனைத்து தகவல்களையும் நான்/நாங்கள் படித்து புரிந்து
கொண்டுள்ளோம்,

மேலும் இரத்தம்/இரத்த கூறுகள் ஏற்றுவதற்கு நான்/நாங்கள் ஒப்புதல் அளிக்கிறோம்.

கையொப்பம்

நோயாளியின் பெயர்
தொடர்பு எண்
IPD எண்

உறவினரின் பெயர்
தொடர்பு எண்
முகவரி

மருத்துவர் பெயர்
தொடர்பு எண்
பதவி