

રક્ત પ્રતીસારણ/ (Blood Transfusion) માટે સંમતિ પત્રક

હું _____ અને/અથવા મારા સંબંધીઓ _____

અમોને જણાવવામાં આવ્યું છે કે મને/ અમારા દર્દી ને નીચે જણાવ્યા પ્રમાણે ના કારણોસર સંપૂર્ણ લોહી / _____ જરૂરી લોહી ના ઘટક પ્રતીસારણ કરવાની જરૂર છે.

જરૂરી કારણ: _____

અમોને ડોક્ટર _____ દ્વારા અમે સમજી શકીએ એ ભાષા માં સમજાયેલું છે કે, અમારા દર્દી ને રક્ત પ્રતીસારણ (blood transfusion) અતિ આવશ્યક અને અનિવાર્ય છે.

ડોક્ટર દ્વારા રક્ત પ્રતીસારણ (blood transfusion) ના ફાયદા, ગેર ફાયદા અને સંભવિત આડ અસર વિષે વિગતવાર સમજવામાં આવેલ છે અને એ બાબતે અમારા સંશય અને પ્રશ્નો નું પણ સંતોષ પૂર્વક નિરાકરણ કરવામાં આવેલ છે.

અમોને જણાવવામાં આવ્યું છે કે, રક્ત પ્રતીસારણ (blood transfusion) દરમિયાન તમામ તકેદારી રાખવા પછી અને જરૂરી બધી સ્ક્રીનિંગ તપાસ/રિપોર્ટ કર્યા પછી પણ મેલેરિયા, હેપેટાઇટીસ બી (કમળો), હેપેટાઇટીસ સી, અને સીફિલીસ જેવા રોગો ના સંક્રમણ નો ખતરો રહે છે.

આ સિવાય તમામ તકેદારી રાખવા છતાં સાદા રિએક્શન, એનાફિલેક્સિસ (તત્કાલ અતિપ્રતિગ્રાહ્યતાજન્ય રિએક્શન), કે પછી રક્ત ક્રુમેળ (mismatch) ના કારણે કિડનીને નુકસાન થાય તેવા સંભવિત ખતરા પણ રહેલા છે.

અમો એ ઉપરોક્ત તમામ માહિતી સારી રીતે વાંચી અને સમજી લીધી છે, અને હું/અમો લોહી/લોહી ના ઘટક ના પ્રતીસારણ (blood transfusion) માટે સંમતિ આપું/આપી એ છીએ.

પેશન્ટનું નામ: _____ સહી: _____

સંપર્ક નંબર:

આઇ.પી.ડી. નંબર:

સંબંધી નું નામ: _____ સહી: _____

સંપર્ક નંબર:

સરનામું

ડોક્ટર નું નામ: _____ સહી: _____

સંપર્ક નંબર:

પદ/હોદ્દો: