

रक्त संक्रमण (Blood Transfusion) साठी संमतीपत्र

मी ----- आणि/किंवा माझा
नातेवाईक ----- यांना सूचित करण्यात आले
आहे की, खालील कारणामुळे मला संपूर्ण रक्त/त्याचा घटक (Whole Blood/Component)
----- देण्याची आवश्यकता आहे.

डॉ. ----- यांनी मला/आम्हाला समजेल
अशा भाषेत स्पष्ट केल्याप्रमाणे, रक्त संक्रमण (transfusion) आवश्यक आणि अपरिहार्य आहे, हे
मी/आम्ही समजून घेतले आहे.

उपचार करणाऱ्या डॉक्टरांनी रक्ताधानाचे फायदे, तोटे आणि संभाव्य दुष्परिणाम मला/आम्हाला
तपशीलवार समजावून सांगितले आहेत आणि त्यासंबंधीच्या माझ्या/आमच्या सर्व शंकांचे
समाधानकारक निरसन केले आहे.

सर्व खबरदारी घेऊन आणि सर्व प्रकारच्या तपासण्या (screening tests) करूनही मलेरिया,
हिपॅटायटीस बी, हिपॅटायटीस सी आणि सिफिलीस यांसारख्या रोगांचे संक्रमण होण्याची शक्यता
आहे, अशी माहिती मला देण्यात आली आहे.

सर्वोत्कृष्ट प्रयत्नांनंतरही प्रतिक्रिया (reaction), अॅनाफिलेक्सिस (anaphylaxis) आणि जुळत
नसलेल्या रक्तगटांमुळे मूत्रपिंडांना (kidneys) नुकसान होण्यासारख्या गुंतागुंत होऊ शकतात.

मी/आम्ही वरील सर्व माहिती वाचली आहे आणि ती समजून घेतली आहे. म्हणून, मी/आम्ही
रक्त/रक्त उत्पादनाच्या रक्ताधानासाठी संमती देतो.

सही:

रुग्णाचे नाव:

संपर्क क्रमांक:

आयपीडी (IPD) क्रमांक:

नातेवाईकाचे नाव:

संपर्क क्रमांक:

पत्ता:

डॉक्टर:

संपर्क क्रमांक:

पदनाम: