



Surat Raktadan Kendra & Research Centre

Regional Blood Transfusion Centre & NABH Accredited Blood Bank

1st Floor, Khatodara Health Centre, Near Chosath Joganio Mata's Temple, Udhna Magadalla Road, Surat - 395 002.

Tel. No. (0261) 1052, 3937700, 2630114 Fax : (0261) 2635535



License No. GB/15

DONOR REGISTRATION & CONSENT FORM

F/DCX/04/3

Camp No.	Date :
Bag : Single/Double/Triple/Quadruple : 350/450 ml	Unit No. :
Bag Batch No. :	Blood Group :
Bag Segment No. :	Donor Code :
Time taken for Collection (min.) < 8 <input type="checkbox"/> ≥ 8 <input type="checkbox"/>	Collection Volume :
Collected at :	Donor Category : Voluntary / Regular Vol. / Handicap / Couple

Surname

Name

Middle Name

Name : _____

Birth Date : _____ Age : _____ Sex : Male / Female

Occupation : _____ Organization : _____

Address : _____

Tel No. (O) : _____ (R) : _____ (Mob.) : _____

E-mail ID : _____

આપની સાથે મોબાઇલ પર વાત કરી શકાશે ? હા ના

આપે અગાઉ રક્તદાન કર્યું છે ? હા ના કેટલી વાર ? _____ છેલ્લું ક્યારે કર્યું ? : _____

તમને રક્તદાન કરતી વખતે / અગર તે પછી કોઈ તકલીફ પડી છે ? : હા ના

જવાબ હા માં હોય તો સાચા સામે (✓) નું નિશાન કરો.

૧. છેલ્લા એક વર્ષમાં તમે નીચે દર્શાવેલ બિમારીથી પીડાયા છો ? હા ના

કમળો : કૂતરૂ કરડવું / હડકવાની રસી :

ટાઇફોઇડ : તમારા ઘરમાં કે પડોશમાં હીપેટાઇટીસ થયેલ છે ? :

મોટું ઓપરેશન કરાવેલ છે ? : ઇમ્યુનોગ્લોબ્યુલિન ઇન્જેક્શન લીધેલ છે ? :

૨. છેલ્લા છ માસમાં નીચેનામાંથી કોઈ તકલીફ અનુભવી છે ? હા ના

વિના કારણે વજન ઘટી જવું : વારંવાર ઝાડા/મરડો થવો : લોહી ચડાવવું :

લસિકા ગ્રંથીમાં સોજા આવવા : શરીરે છુંદણા છુંદાવવા (ટેટુ) : કાન વિંધાવવું :

દાંત પડાવવો : ઝીણો તાવ આવવો : ફેફસ :

૩. છેલ્લા ત્રણ માસમાં તમને હા ના

મેલેરીયા થયેલ છે ? : નાનું ઓપરેશન કરાવેલ છે ? :

૪. છેલ્લા એક મહિનામાં તમે ATS/ADS/ASV/ARV (Preventive) ઇન્જેક્શન લીધેલાં છે ? હા ના

૫. છેલ્લા ૧૫ દિવસમાં કોઈ રસી મુકાવી છે ? હા ના

ટાઇફોઇડ : ડીપ્થેરીયા : ઊંટાટીયું :

કોલેરા : ધનુર : પ્લેગ :

૬. તમે છેલ્લા ૭૨ કલાકમાં નીચેનામાંથી કોઈ દવા લીધી છે ? હા ના

એન્ટીબાયોટીક : એસ્પિરીન : સ્ટેરોઇડ્સ (છેલ્લા સાત દિવસ)

૭. તમે છેલ્લા ૨૪ કલાકમાં દારૂનું સેવન કર્યું છે. ? હા ના

૮. હાલમાં શરદી, ઉધરસ કે બીજા કોઈ ચેપથી પીડાઓ છો ? હા ના

૯. તમે નીચે દર્શાવેલ બિમારીથી પીડાઓ છો અથવા પહેલા તમને કોઈ રોગ થયેલો ? હા ના
- | | | | | | |
|-------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|
| હૃદયરોગ | : <input type="checkbox"/> | ફેફસાંના રોગ | : <input type="checkbox"/> | કિડનીના રોગ | : <input type="checkbox"/> |
| ખેંચ (વાઈ/ફેફરું) | : <input type="checkbox"/> | ડાયાબિટીસ | : <input type="checkbox"/> | એલર્જીક રોગ | : <input type="checkbox"/> |
| ક્ષય (ટીબી) | : <input type="checkbox"/> | હીપેટાઈટીસ બી/સી | : <input type="checkbox"/> | કેન્સર | : <input type="checkbox"/> |
| અંધારા/ચક્કર આવવા | : <input type="checkbox"/> | રક્તપિત્ત | : <input type="checkbox"/> | અસામાન્ય રક્તસ્ત્રાવ | : <input type="checkbox"/> |
| સીઝોફ્રેનીયા | : <input type="checkbox"/> | જાતીય રોગ | : <input type="checkbox"/> | પોલીસાયથેમીયા | : <input type="checkbox"/> |

- (I) તમને આજે સારુ લાગે છે ? હા ના
- (II) તમે ગઈ કાલે રાત્રે શાંતિથી ઊંઘ લીધેલી ? હા ના
- (III) તમે છેલ્લા ચાર કલાકમાં કંઈ ખાધું છે ? હા ના
- (IV) તમને કોઈ રોગના ચેપની અસર થઈ હોય તેવું લાગે છે ? જેવા કે કમળો, મેલેરીયા, એચ.આઈ.વી./એઈડ્સ અને અથવા જાતીય રોગ હા ના
- (V) માત્ર મહિલા રક્તદાતા માટે

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| તમે સગર્ભા છો ? | હા <input type="checkbox"/> | ના <input type="checkbox"/> |
| છેલ્લા છ માસમાં તમને કસુવાવડ/ ગર્ભપાત થયેલ છે ? | હા <input type="checkbox"/> | ના <input type="checkbox"/> |
| તમે સ્તનપાન કરાવો છો (૧ વર્ષથી ઓછું) | હા <input type="checkbox"/> | ના <input type="checkbox"/> |

- (VI) તમારા રક્ત પરીક્ષણનું કોઈ અસામાન્ય પરિણામ આવે તો તમે આપેલા સરનામા પર અથવા ફોન નંબર પર તમને તેની જાણ થાય તેવું તમે ઇચ્છો છો ? હા ના
- (VII) શું આપને આપવામાં આવેલી માહિતી બરાબર સમજ્યા છે, વાંચી છે અને બધા પ્રશ્નોના સાચા ઉત્તર આપ્યા છે ? કોઈક ખોટી માહિતી તમારી તંદુરસ્તીને તેમજ લેનારને નુકશાન પહોંચાડી શકે છે. હા ના

સંમતિ પત્રક

હું સમજું છું કે

- અ. રક્તદાન સંપૂર્ણ સ્વૈચ્છિક કાર્ય છે અને તે માટે કોઈ પણ પ્રલોભન કે વળતર આપેલ નથી કે કોઈ પુરસ્કાર આપવાની વાત કરી નથી.
- બ. રક્ત કે તેના ઘટકોનું દાન એ એક તબીબી પ્રક્રિયા છે અને તેનું સ્વૈચ્છિક દાન કરતા આ પ્રક્રિયા સાથે સંકળાયેલ જોખમો હું સ્વીકારું છું.
- ક. મારું લોહીનું હીપેટાઈટીસ-બી, હીપેટાઈટીસ-સી, મેલેરીયા, એચ.આઈ.વી./એઈડ્સ અને જાતીય રોગો ઉપરાંત સલામત લોહી માટે જરૂરી અન્ય પરિક્ષણો અને અન્વેષણ (રિસર્ચ) કરવામાં આવશે.
- ડ. મારા રક્તમાંથી પ્લાઝામાં (રક્તરસ) નો ઉપયોગ તેમાંથી જરૂરી ઘટકો તેમ જ દવાઓ બનાવવા માટે કરવામાં આવશે.
- ઇ. મારા રક્તને અન્ય બ્લડ બેંકમાં જરૂર પડે આપવામાં આવશે.
- રક્તદાન માટે મેં અહીં જે માહિતી આપી છે તે કોઈ વ્યક્તિને કે કોઈ સરકારી કચેરીને મારી પૂર્વ સંમતિ વિના પૂરી પાડવાનો હું નિષેધ કરું છું.

રક્તદાતાની સહી : _____ ફ્લેબોટોમીસ્ટ : _____ કાઉન્સેલરની સહી : _____

TO BE FILLED BY DOCTOR ONLY

General Physical Examination

Weight : _____ Kg. BP : _____ /mm.Hg Temperature : _____

Pulse : _____ /Min Hb : _____ g/dl P/A : _____ RS : _____ CVS : _____

Accept : _____ Defer : _____ Permanent deferral : _____ Temporary deferral : _____

Reason : _____

Sign. of Medical Officer with Date : _____