

रक्तपेढीचे नाव / Name of Blood Bank

परवाना क्र.
License No.

रक्त पिशवी क्रमांक
Blood Unit No.

रक्तदात्यांसाठी प्रश्नावली व संमती पत्र /
Blood Donor Questionnaire & Consent Form

दिनांक
Date :

गोपनीय / CONFIDENTIAL

(✓) योग्य ठिकाणी अशी खूण करा. / (✓) Tick wherever applicable

कृपया खालील माहिती बिनचूकपणे भरा. तूमचे रक्त ज्या रुग्णालयाला दिले जाईल त्याच्या सुरक्षेसाठी ही माहिती आवश्यक आहे.
Please answer the following questions correctly. This will help to protect you and the patient who receives your blood.

पहिले नाव / First Name मधील नाव / Middle Name आडनाव / Surname

नांव :
Name :

जन्म तारीख :
Date of Birth :

वय :
Age :

☐ पुरुष ☐ स्त्री
Male Female

व्यवसाय :
Occupation :

संबंधीत संघटनेचे नांव :
Organization :

संपर्कासाठी पत्ता :
Address for communication :

दूरध्वनी :
Telephone :

मोबाईल :
Mobile :

ई-मेल
E-mail

पुर्वी रक्तदान केले आहे का ?
Have you donated previously?

☐ हो ☐ नाही
Yes No

किती वेळा
How many times

शेवटच्या रक्तदानाची तारीख :
Previous Blood Donation Date :

पुर्वीच्या रक्तदानाच्या वेळी काही त्रास झाला का ?
Did you have discomfort during/after Previous donation

☐ हो ☐ नाही
Yes No

मागील तीन महिन्यात रक्तदान केले आहे का ?
Have you donated blood in the last 3 months?

☐ हो ☐ नाही
Yes No

रक्तगट
Your Blood Group :

शेवटचे जेवण घेतल्याची वेळ :
Time of previous meal :

योग्य ठिकाणी (✓) अशी खूण करा. / (✓) This Wherever applicable.

हो / Yes नाही / No

१) आज प्रसन्न वाटते का ?

Do you feel well today?

☐
☐

२) गेल्या ४ तासात काही आहार घेतला आहे का ?

Did you have something to eat in the last 4 hours?

☐
☐

३) काल रात्री शांत झोप लागली का ?

Did you sleep well last night?

☐
☐

४) गेल्या सहा महिन्यात तुमच्या कुटुंबातील कोणाला कावीळीची लागण झाली आहे का ?

Has any of your family member had jaundice in the last 6 months?

☐
☐

५) कावीळ, हिवताप, एड्स, गुप्तरोगाची बाधा झाली आहे का ?

Have you any reason to believe that you may be infected by either Hepatitis, Malaria, HIV/AIDS, Venereal disease?

☐
☐

६) गेल्या सहा महिन्यात आपल्याला खालील गोष्टीचा त्रास झाला आहे का ?

In the last 6 months have you had any history of the following?

☐ वजनामध्ये घट

Unexplained Weight Loss

☐ दिर्घकाळ तापाची कणकण

Continuous low-grade fever

☐ वारंवार होणारे जुलाब

Repeated Diarrhoea

☐ मानेमध्ये, काखेत, जांघेमध्ये गाठी

Swollen Glands

☐ कायमचा खोकला

Persistent Cough

☐ वरील पैकी काही नाही
None of the above

७) गेल्या सहा महिन्यात आपण खालील प्रक्रिया करून घेतली आहे का ?

In the last 6 months have you had any of the following?

☐ गोंदवणे

Tattooing

☐ नाक/कान टोचणे

Body Piercing

☐ या पैकी काही नाही
None of the above

८) खालील गोष्टीचा आपल्याला त्रास आहे का किंवा पुर्वी होता का ?

Do you suffer from or have suffered from any of the following?

☐ फिट्स

Epilepsy

☐ रक्त स्त्रावाचे विकार

Abnormal bleeding tendency

☐ G.6PD चा अभाव

G.6PD Deficiency

☐ मनोरुग्ण

Schizophrenia

☐ हृदयरोग

Heart Disease

☐ कर्करोग

Cancer/Malignant Disease

☐ फुफूसाचे विकार

Lung Disease

☐ चक्कर येणे

Fainting Spells

☐ क्षयरोग

Tuberculosis

☐ अॅनडोक्राईन डीसॉर्डर (थायरॉईड)

Endocrine Disorder (Thyroid)

☐ मधुमेह

Diabetes

☐ उच्च रक्तदाब

Hypertension

☐ गुप्तरोग

Sexually Trans Diseases

☐ B व C प्रकारची कावीळ

Hepatitis B/C

☐ कुष्ठरोग

Leprosy

☐ मुत्रपिंडाचे विकार

Kidney Disease

☐ वर्षभरात मुदतीचा ताप

Typhoid (last 1 yr.)

☐ कावीळ (मागील वर्षात)

Jaundice (last 1 yr.)

☐ दातांची शस्त्रक्रिया

Dental Surgery

☐ यकृत प्रत्यारोपण

Liver Disease

☐ अलर्जी

Allergic Disease

☐ मलेरीया (६ महिने)

Malaria (6 months)

☐ दमा

Asthma

☐ वरील पैकी काही नाही
None of the above

९) गेल्या ४८ तासात खालील पदार्थांचे सेवन केले आहे का ?

Are you taking or have taken any of these in the past 48 hours?

☐ मद्य

Alcohol

☐ उत्तेजके

Steroids

☐ वेदना शासक

Aspirin

☐ लस

Vaccinations

☐ प्रतीजैवके

Antibiotics

☐ गेल्या वर्षभरात श्वान दंशावरील लस

Dog Bite/Rabies Vaccine (1 yr)

☐ वरील पैकी काही नाही
None of the above

१०) गेल्या ६ महिन्यात लहान/मोठी शस्त्रक्रिया किंवा रक्त संक्रमण घेतले आहे का ?

Is there any history of surgery or blood transfusion in the past 6 months?

☐ मोठी शस्त्रक्रिया

Major Surgery

☐ रक्त संक्रमण

Blood Transfusion

☐ या पैकी काही नाही
None of the above

११) स्त्री रक्त दात्यांसाठी / For women donors

अ) गरोदर आहत का ?

Are you pregnant ?

हो / Yes

नाही / No

☐
☐

ब) गेल्या ३ महिन्यात गर्भपात झाला आहे का ?

Have you had an abortion in the last 3 months ?

☐
☐

क) १ वर्षापेक्षा लहान मुल आहे का ?

Do you have a child less than one year old ?

☐
☐

संमतीपत्र / Consent

मला खालील गोष्टींची कल्पना आहे / I understand that -

अ) रक्तदान ही स्वयंस्फूर्त कृती असून या बद्दल कुठलाही मोबदला किंवा आमिष दिले जात नाही.

a) blood donation is a totally voluntary act; and no inducement or remuneration has been offered.

ब) संपूर्ण रक्त किंवा रक्ताच्या घटकांचे दान ही वैद्यकीय कृती असून त्यातील संभाव्य धोके जाणून घेवून ही स्वखुशीने व स्वयंस्फूर्तीने करावयाची कृती आहे.

b) donation of blood/components is a medical procedure; and that by donating voluntarily, I accept the risks associated with this procedure.

क) रक्त संक्रमणाच्या सुरक्षिततेसाठी केल्या जाणाऱ्या तपासण्या व्यतिरिक्त ब व क प्रकारची कावीळ, हिवताप, एड्स व गुप्तरोग या रोगांचीही तपासणी रक्तावर करणे आवश्यक आहे. सदर तपासणीसाठी मी परवानगी देत आहे.

c) my blood will be tested for Hepatitis B, Hepatitis C, Malarial parasite, HIV/AIDS and Venereal Diseases in addition to any other screening tests required to ensure blood safety.

ड) मी दान केलेले रक्त रक्तपेढीच्या नियमानुसार गरजू रुग्णास वापरले जाईल.

d) the blood donated by me will be used in such a manner as the Blood Bank may deem desirable, as per prevailing guidelines/regulations.

रक्त तपासणीत काही दोष आढळल्यास मला अवगत करावे.

I would like to be informed about any abnormal test result;

☐ हो
Yes

☐ नाही
No

रक्त तपासणी अहवाल कळविण्याचे माध्यम

The abnormal test result may be informed via:

☐ पत्राने / Letter at the address given

☐ दुरध्वनीद्वारे / Telephone

☐ मोबाईलद्वारे / Mobile

☐ ई-मेल / E-mail

मी वरील सर्व माहिती वाचली आहे व मला ती समजली आहे. मी सर्व प्रश्नांची योग्य व बिनचूक उत्तरे दिली आहेत. चुकीची व असत्य माहिती दिल्यास मला किंवा ज्या रुग्णाला रक्त दिले जाईल त्याच्या आरोग्याला धोका पोहचू शकतो याची मला कल्पना आहे.

I have read and understood all the information presented and answered all the questions truthfully, as any incorrect statement or concealment may affect my health or may harm the recipient.

☐ हो
Yes

☐ नाही
No

दिनांक :

Date : _____

वेळ :

Time : _____

रक्तदात्याची स्वाक्षरी / Donor's Signature

रक्तपेढीच्या उपयोगासाठी / FOR BLOOD BANK USE ONLY

शारीरिक वैद्यकिय तपासणी / General Physical Examination

वजन Weight	<input type="text"/> Kg.	नाडी Pulse	<input type="text"/> /mm	हिमोग्लोबीन Hb	<input type="text"/> gm%
रक्तदाब BP	<input type="text"/> mm of hg.	तापमान Temperature	<input type="text"/> °C	त्वचा Donor Skin	<input type="text"/>

रक्तदाता स्विकारावा Accept	<input type="checkbox"/>	स्विकारु नये Defer	<input type="checkbox"/>	Veni Puncture Site Left Arm / Right Arm
-------------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------------------------

रक्तदाता नाकारण्याची कारणे - तात्पुरती / कायमस्वरूपी	Reason for Deferral - Temporary/Permanent
------------------------------------------------------	-------------------------------------------

रक्तपिशवीची माहिती / Blood Bag Details :

रक्त पिशवी क्रमांक Bag No.	<input type="text"/>	पिशवीचा प्रकार Bag Type	<input type="text"/>
सेगमेंट नंबर Segment No.	<input type="text"/>	पिशवीतील रक्त (मिली लिटर) Blood Volume (ml)	<input type="text"/>

रक्तदात्यास झालेला त्रास व त्यावरील केलेले उपचार / Discomfort to Donor (if any) & action taken :

Phlebotomy Start Time :

End Time :

रक्त संक्रमण अधिकाऱ्याची सही
Signature of Medical Officer

प्रयोगशाला तपासणी अहवाल / Laboratory Report :

रक्तगट / Blood Group

शेरा / Remarks

**सुरक्षित रक्त संक्रमणाची सुरुवात सुरक्षित रक्तदानापासून
Blood safety begins with a Healthy Donor**