



தமிழ்நாடு டாக்டர் எம்.ஜி.ஆர் மருத்துவப் பல்கலைக்கழகம்

குருதியேற்றுத் துறை

உரிமம் எண். 191/28C

இரத்ததானப்படிவம்



தமிழ்நாடு டாக்டர் எம்.ஜி.ஆர்
மருத்துவப் பல்கலைக்கழகம்

இரத்தப் பை எண்.

தேதி

இரத்த வகை

தனிப்பட்ட விவரங்கள்

நன்கொடையாளர் பெயர்:	வயது:	பாலினம்:
	பிறந்த தேதி:	ஆண்/பெண்
தொழில்:	மணமானவர் / மணமாகாதவர்	
வீட்டு முகவரி:	அலுவலக முகவரி:	
கைபேசி:	கைபேசி:	
மின்னஞ்சல்:	மின்னஞ்சல்:	

தங்கள் கவனத்திற்கு

அரசு அறிவிப்பின்படி மருத்துவக் காரணங்களுக்காக பின்வரும் தகவல்களை தயவுசெய்து அளிக்குமாறு கேட்டுக்கொள்கிறோம். ஏதேனும் கேள்வி சங்கடமாக இருந்தால், இரத்தம் பெறுவோர் நலன் கருதி பொறுத்துக்கொள்ளுங்கள்.

உங்கள் மற்றும் உங்கள் இரத்தம் பெறும் நோயாளிகளின் பாதுகாப்பையும் உறுதிசெய்ய, கொடுக்கப்பட்டுள்ள கேள்விகளுக்கு உண்மையாகப் பதிலளிக்கவும். இந்தப் படிவத்தை நிரப்புவதில் உங்களுக்கு ஏதேனும் சிரமம் இருந்தால், இரத்த மைய ஊழியர்களிடம் உதவி கேட்கவும். நீங்கள் அளிக்கும் அனைத்து விவரங்களும் மற்றவர்கள் அறியாதபடி பாதுகாக்கப்படும்.

பொதுவான கேள்விகள்: <ul style="list-style-type: none">இன்று நீங்கள் நல் ஆரோக்கியமாக இருப்பதாக உணர்கிறீர்களா?நேற்று இரவு நீங்கள் 5-6 மணி நேரம் உறங்கினீர்களா?கடைசியாக எப்பொழுது உணவு எடுத்துக் கொண்டீர்கள்?உங்கள் கடைசி இரத்த தானம் எப்போது?நீங்கள் எத்தனை முறை இரத்த தானம் செய்துள்ளீர்கள்? நன்கொடை இடைவெளி - முழு இரத்த தானத்திற்கு, ஆண்களுக்கு மூன்று மாதங்களுக்கு ஒரு முறை (90 நாட்கள்) மற்றும் பெண்களுக்கு நான்கு (120 நாட்கள்) மாதங்களுக்கு ஒரு முறை.	ஆம்/இல்லை ஆம்/இல்லை
--	------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • கடந்த 24 மணி நேரத்தில் மது அருந்தியுள்ளீர்களா? • நீங்கள் ஒர் விமானப் பணியாளரா (அ) கனரக இயந்திரம் இயக்குபவரா (அ) கட்டுமானத் தொழிலாளியா? • வெளி நாடுகளுக்கு சமீபத்தில் பயணம் செய்துள்ளீரா? 	<p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p>
<p>உடல் ஆரோக்கியம் குறித்த பெண்களுக்கான கேள்விகள்</p> <ul style="list-style-type: none"> • கடந்த 12 மாத இடைவெளியில் நீங்கள் பிரசவித்துள்ளீர்களா? • கடந்த 6 மாதங்களுக்குள் கருக்கலைப்பு செய்துள்ளீர்களா? • நீங்கள் உங்கள் பிள்ளைக்கு தாய்ப்பால் கொடுக்கிறீர்களா? • நீங்கள் தற்பொழுது மாதவிடாய் காலத்தில் உள்ளீர்களா? 	<p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p>
<p>குறிப்பிடப்படாத நோய்கள்</p> <ul style="list-style-type: none"> • நீங்கள் ஏதேனும் பலவீனமான நோய் அறிகுறிகளால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா? (உடல் சோர்வு/வலி, தலைவலி) 	<p>ஆம்/இல்லை</p>
<p>சுவாச (நுரையீரல்) நோய்கள்</p> <ul style="list-style-type: none"> • நீங்கள் சளி, காய்ச்சல், இருமல், தொண்டை புண் அல்லது கடுமையான நீர் கோர்ப்பு (சைனசிடிஸ்) ஆகியவற்றால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா? • நீங்கள் நீண்ட நாள் நீர் கோர்ப்பு (சைனசிடிஸ்) நோயால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா? • உங்களுக்கு இழுப்பு நோய்(ஆஸ்துமா) இருந்துள்ளதா? நீங்கள் ஆஸ்துமாவுக்கு ஸ்டெராாய்டு மருந்துகள் உட்கொள்கிறீர்களா? 	<p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p>
<p>அறுவை சிகிச்சைகள்</p> <ul style="list-style-type: none"> • உங்களுக்கு கடந்த 12 மாதங்களில் ஏதேனும் அறுவை சிகிச்சை நடந்துள்ளதா? • உங்களுக்கு கடந்த 6 மாதங்களில் ஏதேனும் சிறு அறுவை சிகிச்சை நடந்துள்ளதா? • கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் இரத்தம் பெற்றுள்ளீர்களா? • உங்களுக்கு இதய அறுவை சிகிச்சை (பைபாஸ் அறுவை சிகிச்சை)நடந்துள்ளதா? • உங்களுக்கு புற்றுநோய் அறுவை சிகிச்சை நடந்துள்ளதா? • கடந்த 6 மாதங்களில் பல் எடுத்தீர்களா/ பல் அறுவை சிகிச்சை செய்துள்ளீர்களா? 	<p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p>
<p>இதயம் மற்றும் இரத்த நாளம் சார்ந்த நோய்கள்</p> <ul style="list-style-type: none"> • உங்களுக்கு ஏதேனும் மார்பு வலி, மூச்சுத் திணறல், கால் வீக்கம் போன்ற அறிகுறிகள் உள்ளதா? • நீங்கள் மாரடைப்பு நோயால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா? 	<p>ஆம்/இல்லை</p> <p>ஆம்/இல்லை</p>

- நீங்கள் ஏதேனும் இருதயம் சார்ந்த நோய்களுக்காக மருந்து (டிஜிட்டலிஸ், நைட்ரோகிளிசரின்) உட்கொள்கிறீர்களா?
- நீங்கள் இரத்தக்கொதிப்பு நோயால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?
- நீங்கள் இரத்த குழாய் அடைப்பால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?
- நீங்கள் மூட்டு வலிக் காய்ச்சலால் ஏற்படக்கூடிய இதய நோயால் (ருமேடிக் இதய நோய்) பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?

ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை

மூளை, தண்டுவடம் மற்றும் மனநல நோய்கள்

- நீங்கள் அடிக்கடி ஒற்றைத் தலைவலியால் அவதிப்படுகிறீர்களா?
- நீங்கள் வலிப்பு நோயால் பாதிக்கப்பட்டு தொடர்ந்து அதற்காக மருந்து உட்கொள்கிறீர்களா?
- நீங்கள் மனச்சிதைவு (ஸ்கிசோஃப்ரினியா) நோயால் பாதிக்கப்பட்டு தொடர்ந்து அதற்காக மருந்து உட்கொள்கிறீர்களா?
- நீங்கள் அன்றாட வாழ்க்கையில் பதட்டம் மற்றும் வாழ்க்கையில் ஈடுபாடற்ற தன்மையால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?

ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை

சமநிலையற்ற நாளமில்லா சுரப்பிகளால் ஏற்படும் நோய்கள்

- நீங்கள் நீரிழிவு நோயால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?
- நீங்கள் ஏதேனும் தைராய்டு நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?
- நீங்கள் வேறேதேனும் நாளமில்லா சுரப்பி நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?

ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை

கல்லீரல் சார்ந்த நோய்கள்

- நீங்கள் ஹெபடைடிஸ் பி அல்லது சி நோய் கண்டறியப்பட்டவரா?
- கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் ஹெபடைடிஸ் ஏ அல்லது ஈ நோயால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?
- கடந்த 12 மாதங்களில் உங்கள் மனைவியோ/கணவரோ/பாலுறவு துணைவரோ ஹெபடைடிஸ் நோயால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளாரா?
- கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் அல்லது உங்கள் மனைவியோ/கணவரோ/பாலுறவு துணைவரோ பச்சை குத்திக் கொண்டீர்களா?
- கடந்த 12 மாதங்களில் உங்கள் மனைவியோ/கணவரோ/பாலுறவு துணைவரோ இரத்தம் பெற்றுள்ளாரா?
- நீங்கள் ஹெபடைடிஸ் அல்லாத மஞ்சள் காமாலை நோயால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா (பித்தப்பை கற்கள், ஆர்.எச் (Rh) நோய், மோனோநியூக்ளியோசிஸ் அல்லது பச்சிளம் குழந்தை பருவத்தில் மஞ்சள் காமாலை)?
- நீங்கள் நீண்ட நாள் கல்லீரல் நோய்/ கல்லீரல் செயலிழப்பால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?

ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை

பாலியல் உறவு மூலமாக பரவும் நோய் / எச்ஐவி தொற்று

- உங்களுக்கு எச்.ஐ.வி தொற்று ஏற்படும் அபாயம் உள்ளதா?
(மருவிய பாலினம், ஆண்களுடன் உடலுறவு கொள்ளும் ஆண்கள், பெண் பாலியல் தொழிலாளிகள், போதை ஊசி போடுபவர்கள், பல பாலின துணைவர்களை கொண்ட நபர்கள்)
- நீங்கள் அறியப்பட்ட எச்.ஐ.வி பாசிட்டிவ் நபரா அல்லது எச்.ஐ.வி பாசிட்டிவ் நபரின் கணவர்/மனைவி/ துணைவரா?
- எய்ட்ஸ் நோய்க்கான அறிகுறிகள் உங்களிடம் உள்ளதா?
(இரவு வியர்வை, தொடர் காய்ச்சல், விவரிக்க முடியாத எடை இழப்பு, நிணநீர் சுரப்பி வீக்கம், தொடர் வயிற்றுப்போக்கு)
- நீங்கள் மேக நோயால் (சிபிலிஸ்) பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?
(பிறப்புறுப்பில் புண், தோல் தடிப்புகள்)
- நீங்கள் மேக வெட்டை(கோனோரியா) நோயால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

மற்ற தொற்று / தொற்று அல்லாத நோய்கள்

- கடந்த 2 வாரங்களில் உங்களுக்கு தட்டம்மை, சளி, அல்லது சின்னம்மை (சிக்கன் பாக்ஸ்) வரலாறு உள்ளதா?
- கடந்த 3 மாதங்களில் நீங்கள் மலேரியாவால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?
- கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் டைபாய்டு நோயால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?
- கடந்த 6 மாதங்களில் டெங்கு/சிக்குன்குனியாவால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?
- கடந்த 4 மாதங்களில் நீங்கள் சிகா வைரஸ்/ வெஸ்ட் நைல் வைரஸால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?
- நீங்கள் காசநோயால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?
- நீங்கள் லீஷ்மேனியாசிஸால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?
- நீங்கள் தொழுநோயால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

பிற நோய்த்தொற்றுகள்

- நீங்கள் கான்ஜுன்க்டிவிடிஸ் நோயால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?
- கடந்த 2 ஆண்டுகளில் நீங்கள் எலும்புப்புரை நோயால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

சிறுநீரக நோய்

- கடந்த 6 மாதங்களில் சிறுநீரக தொற்று நோயால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?
- கடந்த 2 வாரங்களில் நீங்கள் கடுமையான சிறுநீர்ப்பை அழற்சி (சிஸ்டிடிஸ்) / சிறுநீர் பாதை நோய்த்தொற்றால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

- நீங்கள் சிறுநீரகத்தின் நீண்ட நாள் தொற்று/ சிறுநீரக செயலிழப்பால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?

ஆம்/இல்லை

குடல் நோய்

- கடந்த 2 வாரங்களில் நீங்கள் வயிற்றுப்போக்கால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?
- கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் எண்டோஸ்கோபிக்கு உட்படுத்தப்பட்டிருக்கிறீர்களா?
- நீங்கள் குடல் புண் நோயால் அவதிப்படுகிறீர்களா?
- நீங்கள் வயிற்றுப் புண் அறிகுறிகளுடன் அல்லது மீண்டும் மீண்டும் இரத்தப்போக்குடன் அவதிப்படுகிறீர்களா?

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

பிற நோய்கள் / கோளாறுகள்

- சிஸ்டமிக் லூபஸ் எரிதிமடோசஸ், ஸ்க்லெரோடெர்மா, டெர்மடோமயோசிடிஸ், அன்கிலோசிங் ஸ்பான்டைலிடிஸ் அல்லது கடுமையான முடக்கு வாதம் போன்ற தன்னுடல் தாக்கக் கோளாறுகளால் நீங்கள் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?
- நீங்கள் பாலிசித்தீமியா வெராவால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?
- நீங்கள் இரத்தம் உறையாமை மற்றும் விவரிக்க முடியாத இரத்தப்போக்கு ஆகியவற்றால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?
- நீங்கள் புற்றுநோயால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?
- நீங்கள் கடுமையான ஒவ்வாமைக் கோளாறுகளால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?
- நீங்கள் ஹீமோகுளோபினோபதி மற்றும் சிவப்பு அணு நொதி குறைபாடுகளால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா?

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

தடுப்பூசி மற்றும் நோய்த்தடுப்பு

- கடந்த 14 நாட்களில் டைபாய்டு, காலரா, பாப்பிலோமா வைரஸ், இன்ஃப்ளூயன்ஸா வைரஸ், மெனிங்கோகோகஸ், பெர்டுசிஸ், நிமோகோகஸ், போலியோ ஊசி, டிப்தீரியா, டெட்டனஸ் தடுப்பூசிகளை எடுத்துள்ளீர்களா?
- கடந்த 28 நாட்களில் நீங்கள் வாய்வழி போலியோ தடுப்பூசி, தட்டம்மை (ரூபெல்லா), பொன்னுக்கு வீங்கி (மம்ப்ஸ்), மஞ்சள் காய்ச்சல், ஜப்பானிய மூளைக்காய்ச்சல், டைபாய்டு, காலரா, ஹெபடைடிஸ் ஏ தடுப்பூசியை எடுத்துள்ளீர்களா?
- கடந்த 28 நாட்களில் டெட்டனஸ் எதிர்ப்பு சீரம், விஷ எதிர்ப்பு சீரம், ஆன்டி-டிஃப்தீரியா சீரம், காஸ் கேங்க்ரீன் சீரம் ஆகியவற்றை எடுத்துக் கொண்டீர்களா?
- கடந்த ஆண்டில் விலங்குகள் கடித்ததைத் தொடர்ந்து ரேபிஸ் தடுப்பூசி போட்டிருக்கிறீர்களா?

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

ஆம்/இல்லை

- கடந்த ஒரு வருடத்தில் ஹெபடைடிஸ் பி இம்யூனோகுளோபுலின் எடுத்துக் கொண்டீர்களா?
- கடந்த 15 நாட்களில் பன்றிக்காய்ச்சல்(ஸ்வைன் ஃப்ளூ) தடுப்பூசி எடுத்துள்ளீர்களா?

ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை

இரத்த தானம் செய்ய முன்வருபவர்களால் உட்கொள்ளப்படும் மருந்துகளின் விவரம்

- நீங்கள் கருத்தடை மாத்திரை எடுத்துக் கொண்டீர்களா?
- நீங்கள் வலி நிவாரணி மருந்துகளை எடுத்துக் கொண்டீர்களா?
- நீங்கள் வைட்டமின் எடுத்துள்ளீர்களா?
- மிதமான தூக்கத்தைத் தூண்டும் மருந்துகளை எடுத்துக் கொண்டீர்களா?
- நீங்கள் அல்லோபுரினால் எடுத்துக் கொண்டீர்களா?
- கொழுப்பைக் குறைக்கும் மருந்துகளை எடுத்துக் கொண்டீர்களா?
- நீங்கள் சாலிசிலேட்டுகள் (ஆஸ்பிரின்), NSAID களை எடுத்துக் கொண்டீர்களா?
- கடந்த 7 நாட்களில் நீங்கள் கீட்டோகோனசோல், குடல் புழு எதிர்ப்பு மருந்தை எடுத்துக் கொண்டீர்களா?
- கடந்த 2 வாரங்களில் ஆண்டிபயாடிக் எடுத்துள்ளீர்களா?
- கடந்த 2 வாரங்களில் திகிலோபைடின், கிலோபிடோஃரேல் எடுத்துள்ளீர்களா?
- கடந்த 2 வாரங்களில் பைராக்ஸிகாம், டிபைரிடாமோல் எடுத்துக் கொண்டீர்களா?
- கடந்த ஒரு மாதத்தில் ஏற்றெடினட், அசிட்ரேட்டின் அல்லது ஐஸோட்ரேடிநோயின் எடுத்துக் கொண்டீர்களா?
- கடந்த 1 மாதத்தில் பினஸ்டேரிட் எடுத்துள்ளீர்களா?
- கடந்த 6 மாதங்களில் டுட்டஸ்டெரிட் எடுத்துள்ளீர்களா?
- நீங்கள் வாய்வழி நீரிழிவு எதிர்ப்பு மருந்துகளை எடுத்துக் கொண்டீர்களா?
- நீங்கள் ஆன்டி-அரித்மிக், வலிப்பு எதிர்ப்பு மருந்துகள், இரத்த உறைவு எதிர்ப்பு மருந்துகள், ஆன்டிதைராய்டு மருந்துகள், சைட்டோடாக்ஸிக் மருந்துகள், இதய செயலிழப்பு மருந்துகள் (டிஜிட்டலிஸ்) எடுத்துக் கொண்டீர்களா?

ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை

நிரந்தர இரத்த தான ஒத்திவைப்புக்கான பிற நிலைமைகள்

- நீங்கள் உறுப்பு, ஸ்டெம் செல் மற்றும் திசு மாற்று அறுவை சிகிச்சைகளைப் பெற்றவரா?
- இரத்த தானம் செய்ததைத் தொடர்ந்து ஏதேனும் விவரிக்க முடியாத மயக்கம் அல்லது இரண்டு தொடர்ச்சியான மயக்கங்கள் ஏற்பட்டதா?

ஆம்/இல்லை
ஆம்/இல்லை

<p>பிற நாடுகளில் வசிப்பவர்</p> <ul style="list-style-type: none"> கடந்த 3 ஆண்டுகளாக இந்தியாவில் தொடர்ந்து தங்கி இருக்கிறீர்களா? 	ஆம்/இல்லை
<p>கோவிட் 19</p> <ul style="list-style-type: none"> கோவிட் -19 நோய்த்தொற்றின் கடந்தகால வரலாறு, ஆம் எனில், நோய்த்தொற்றுக்குப் பிறகு 28 நாட்கள் முடிந்ததா? 	ஆம்/இல்லை
<ul style="list-style-type: none"> உங்களுக்கு காய்ச்சல், சளி, இருமல் மற்றும் சுவாசிப்பதில் சிரமம் உள்ளதா? 	ஆம்/இல்லை
<ul style="list-style-type: none"> நீங்கள் ஏதேனும் கோவிட்-19 கட்டுப்பாட்டு மண்டலத்திற்கு பயணம் செய்தீர்களா? 	ஆம்/இல்லை
<ul style="list-style-type: none"> கோவிட் -19 தடுப்பூசியின் வரலாறு 	ஆம்/இல்லை

ஒப்புதல்:

இரத்ததானம் என்பது முழுக்க முழுக்க தன்னார்வ செயல் என்பதை நான் அறிவேன். இம்மருத்துவச் செயலில் நான் எவ்வித தூண்டுதலின்றியும் ஊதியம் பெறாமலும் ஈடுபடுகிறேன். இந்த ஆவணத்தில் நான் வழங்கிய அனைத்து தகவல்களும் எனக்கு தெரிந்த வரையில் உண்மையானவை என்று உறுதியளிக்கிறேன். இரத்த தானம் என்பது ஒரு மருத்துவ செயல்முறை என்பதை நான் அறிவேன். இச்செயல்முறையுடன் தொடர்புடைய பக்கவிளைவுகளை நான் மருத்துவர் மூலம் அறியப்பட்டு ஏற்றுக் கொள்கிறேன். எனது இரத்தம் மூலம் பரவக்கூடிய கிருமித்தொற்று நோய்களில் இருந்து பாதுகாப்பை உறுதி செய்வதற்காக சில சோதனைகள் (எச்ஐவி, ஹெபடைடிஸ் பி, ஹெபடைடிஸ் சி, சிபிலிஸ் மற்றும் மலேரியா) செய்யப்படும் என்பதை நான் அறிவேன். என்னிடம் இருந்து பெறப்படும் இரத்தம் முழுமையாகவோ அல்லது இரத்தக்கூறுகளாகவோ மருத்துவ சிகிச்சை, ஆராய்ச்சி மற்றும் தரக்கட்டுப்பாடு சோதனைகளுக்கு உட்படுத்தப்படும் என்பதையும் நான் அறிவேன். இவ்வாறாக பயன்படுத்தப்படக்கூடிய எனது இரத்தத்தை தானம் செய்ய நான் ஒப்புக்கொள்கிறேன். மருத்துவ நோக்கங்களுக்காக பயன்படுத்தப்பட்டபின் மீதமுள்ள பிளாஸ்மாவை தேசிய விதிமுறைகளின்படி பிளாஸ்மா மூலம் பெறப்படும் மருந்துகளை தயாரிக்க பயன்படுத்தப்படும் என்பதையும் நான் அறிவேன். நான் தானம் செய்த இரத்தத்தில் செய்யப்படும் கிருமித்தொற்று சோதனைகளில் ஏதேனும் அசாதாரண முடிவுகள் இருந்தால் அதுகுறித்து எனக்கு தெரிவிக்க விரும்புகிறேன்:ஆம் / இல்லை.

ஆம் எனில், எனது தொடர்பு முகவரி/மின்னஞ்சல்/மொபைல்/தொலைபேசி எண் மூலம் எனக்குத் தெரிவிக்கப்படலாம்.

**நன்கொடையாளரின்
கையொப்பம்**

**மருத்துவ அதிகாரியின்
கையொப்பம்**

PHYSICAL EXAMINATION

Wt. (in Kg)	HB gm %	PR	BP	RR	TEMP.	CVS	RS	CNS	ABD	Skin disease at phlebotomy site

The above donor is **Accepted/ Temporary Deferral / Permanent Deferral** to donate blood

Blood Bag: SINGLE / DOUBLE / TRIPLE/ QUADRUPLE

Volume: 350 ml / 450 ml

Name of the Phlebotomist	
Check Donor's Name	YES / NO
Check Donation No. with Form/ Blood Bag	YES / NO
Volume of the Bag	
Time Taken in minutes	
Bag Segment No.	
Sign. Of the Phlebotomist	

Remarks :

Signature of the Medical Officer