



தமிழ்நாடு டாக்டர் எம்.ஜி.ஆர் மருத்துவப் பல்கலைக்கழகம்

குருதியேற்றுத் துறை
இரத்தஞ்சானப்படிவம்



இரத்தப்பை எண்	தேதி	இரத்தக்கொடையாளர் எண்	இரத்த ரீதி

தனிப்பட்ட விவரங்கள்

இரத்தக் கொடையாளர் பெயர்	வயது	பா-எம் : ஆண் / பெண்
வீட்டு விவரம்	அலுவலக விவரம் :	
.....	
.....	
..... Ph : Ph :	

தங்கள் கவனத்திற்கு

அரசு விதிகளின்படி மருத்துவரீதியாக கேட்கப்பட்டுள்ள கீழ்க்கண்ட வினாக்களுக்கு விடையளிக்கவும். ஏதேனும் வினாக்கள் தங்களை மனரீதியாக புண்படுத்தியிருந்தால் தயவுசெய்து பொறுத்துக்கொள்ளவும்.

கடந்த பன்னிரண்டு மாத காலத்திற்குள்

1. இரத்தம் மற்றும் இரத்தக்கூறுகள் தங்களுக்கு ஏற்றுப்பட்டுள்ளதா? ஆம் - இல்லை
2. மஞ்சள் காமாலை நோயினால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா? இம்மியுடனோகுளோபின் தடுப்பூசி போட்டுக் கொண்டுள்ளீர்களா? (அ) மஞ்சள் காமாலை நோயினால் பாதிக்கப்பட்டிருந்த எவரிடமாவது நெருங்கிய தொடர்பு வைத்திருந்தீர்களா? ஆம் - இல்லை
3. உடம்பில் (காது மற்றும் ஏதேனும் உடற்பகுதியில்) பச்சை குத்தி உள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை
4. நாய்க்கடிக்கான தடுப்பூசி போட்டுள்ளீர்களா? (அ) நாய்க்கடிக்காக ஏதேனும் சிகிச்சை எடுத்துள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை
5. பெரிய அறுவை சிகிச்சை ஏதேனும் செய்து கொண்டுள்ளீர்களா? (அ) பெரிய விபத்து ஏதேனும் சந்திக்க நேரிட்டதா? ஆம் - இல்லை

கடந்த ஆறு மாதகாலத்திற்குள்

1. கைப்பாய்வு, காரொ, சிறுநீரக மற்றும் சிறுநீர்ப்பை (கிருமி) நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை
2. சிறிய அறுவை சிகிச்சை ஏதேனும் செய்துகொண்டுள்ளீர்களா? (அ) சிறிய விபத்து ஏதேனும் சந்திக்க நேரிட்டதா? ஆம் - இல்லை

3. மகப்பேறு நடந்துள்ளதா? தாய்மை அடைந்துள்ளீர்களா? கருச்சிதைவு ஏற்பட்டுள்ளதா? தாய்ப்பால் கொடுத்துக் கொண்டிருக்கிறீர்களா? ஆம் - இல்லை

கடந்த மூன்று மாதகாலத்திற்குள்

1. இரத்தம் மற்றும் இரத்தக் சறுகள் தானம் செய்துள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை

2. மலேரியா நோய்க்கு சிகிச்சை எடுத்துள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை

கடந்த இரண்டு மாத காலத்திற்குள்

1. தட்டம்மை, வொன்னுக்கு வீங்கி, அம்மை போன்ற ஏதாவது நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை

கடந்த ஒரு மாத காலத்திற்குள்

1. முகப்பருக்காக ஐஸோரட்டினோயின் போன்ற ஏதேனும் மருந்தை உபயோகப்படுத்தி உள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை

2. நோய் எதிர்ப்பு சக்தி ஊசி (அ) தடுப்பு ஊசி (பெட்டனஸ், பாம்புக்கடி, டிப்தீரியா, கேஸ்கேங்கரின், குவெல்ஸா) ஏதேனும் போட்டுள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை

கடந்த மூன்று வார காலத்திற்குள்

1. பல் சிகிச்சை ஏதேனும் செய்து கொண்டுள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை

கடந்த இரண்டு வார காலத்திற்குள்

1. அம்மை / அக்கி / தட்டம்மை / வொன்னுக்கி வீங்கி / (எல்லோ) காய்ச்சல் போன்ற நோய்களுக்கு தங்களுக்கு தடுப்பூசி ஏதேனும் போடப்பட்டுள்ளதா? ஆம் - இல்லை

கடந்த ஒரு வார காலத்திற்குள்

1. காய்ச்சலுடன் கூடிய வயிற்றுப்போக்கு ஏற்பட்டுள்ளதா? ஆம் - இல்லை

2. (ஸ்பிராய்டு) காண்டிலோன் மாத்திரை எடுத்துள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை

கடந்த நான்கு நாட்களுக்குள்

1. நரம்பு வழியாக ஏதேனும் ஆண்ட்ரியாய்டிக் மருந்து எடுத்துள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை

கடந்த மூன்று நாட்களுக்குள்

1. வாய் வழியாக ஏதேனும் ஆண்ட்ரியாய்டிக் மருந்து எடுத்துள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை

கடந்த 24 மணி நேரத்திற்குள்

1. மது அருந்தி உள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை

2. தாங்கள் வான்ஊர்தி (அ) கரைக வாகனங்களின் ஓட்டுநர்களா? ஆம் - இல்லை

3. கட்டுமானப் பணி செய்பவர்களா? ஆம் - இல்லை

4. அடுத்த 12 மணி நேரத்திற்குள் தாங்கள் தங்கள் பணியில் ஈடுபட வேண்டியுள்ளதா? ஆம் - இல்லை

5. காய்ச்சல், சளி, இருமல், தொண்டைப்புண், சைனஸ் போன்றவைகளினால் அவதியுறுகிறீர்களா? ஆம் - இல்லை

வாதுவான சில வினாக்கள்

1. இரத்த தானம் செய்துள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை
அவ்வாறெனில் எப்பொழுது..... எத்தனை முறை.....

2. தாங்கள் உணவு அருந்திய நேரம்

3. அவசரக் காலங்களில் இரத்த தானம் செய்ய விருப்பம் கொண்டுள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை
4. இரத்த தானத்தின் போது மயக்கம் அடைந்துள்ளீர்களா? வ-ய்யு ஏற்பட்டுள்ளதா? (அ) உடல் சம்பந்தமான உபாதைகள் ஏதேனும் ஏற்பட்டதா? ஆம் - இல்லை
5. காரணம் இல்லாமல் எடை குறைவு, தொடர் இரத்தம், காய்ச்சல், பேதி, உடற்பகுதியில் ஏதேனும் வீக்கம் (அ) ஊசிவினால் காயம் போன்றவைகள் ஏற்பட்டுள்ளதா? ஆம் - இல்லை

நிரந்தரமாக நிராகரித்தல்

1. கட்டுப்படுத்த இயலாத இரத்த அழுத்தம் (அ) பக்கவாதம் போன்ற நோய்களில் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை
2. இருதயநோயினால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை
3. வ-ய்யு நோயினால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா? அவ்வாறெனில் அதற்கான சிகிச்சை எடுத்துக்கொண்டிருக்கிறீர்களா? ஆம் - இல்லை
4. எதிர்ப்புத்திறன் சம்பந்தமான நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா? எதிர்ப்புத்திறன் குறைக்கும் மருந்துகள் ஏதேனும் எடுத்துக்கொண்டிருக்கிறீர்களா? ஆம் - இல்லை
5. இயல்புக்கு மாறான இரத்தக்கசிவு ஏதேனும் ஏற்பட்டுள்ளதா?
6. சர்க்கரை நோய்க்காக இன்சு-ன் ஊசி (அ) அதற்காக மாத்திரை ஏதேனும் எடுத்துக்கொண்டிருக்கிறீர்களா? ஆம் - இல்லை
7. கல்லீரல் நோய் உள்ளதா? நாளமில்லாச் சுரப்பி குறைப்பாடு ஏதேனும் உள்ளதா? ஆம் - இல்லை
8. பார்க்கின்சன்ஸ் (நடுக்கம்) நோயினால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை
9. சோரியாஸிஸ் (தோல்) நோயினால் பாதிக்கப்பட்டு சிகிச்சை எடுத்துக்கொண்டிருக்கிறீர்களா? ஆம் - இல்லை
10. மனநலம் பாதிக்கப்பட்டுள்ளதா? ஆம் - இல்லை
11. சிறுநீரகம், இருதயம் கல்லீரல் மற்றும் மூளை போன்ற பகுதிகளில் வாயி அறுவை சிகிச்சை ஏதேனும் செய்து கொண்டுள்ளீர்களா? ஆம் - இல்லை
12. ஒவ்வாமை, ஆஸ்துமா போன்ற நோய்களுக்கு ஸ்டிராப்டு சிகிச்சை எடுத்துக் கொண்டிருக்கிறீர்களா? ஆம் - இல்லை
13. நரம்பு வலி போதை மருந்து பழக்கம், தகாத உடலுறவுப் பழக்கம், பால்வினை நோய்கள் போன்றவைகள் ஏதேனும் உள்ளதா? ஆம் - இல்லை

உறுதிமொழி

என்னால் அளிக்கப்பட்டுள்ள அனைத்து தகவல்களும் உண்மை எனவும், எனது விருப்பத்தின் பேரில் இரத்த தானம் வழங்குவதற்கு சம்மதம் எனவும் உறுதி அளிக்கின்றேன். பாதுகாப்பு கருதி எனது இரத்தமானது (எச்.ஐ.வி., எச்.சி.வி., எச்.பி.வி., சிபி-ஸ், மலேரியா) போன்ற நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளதா என்பதைக் கண்டறிய பரிசோதனைகளுக்கு உட்படுத்தப்படும் என்பதை அறிவேன்.

மேற்சொறிய பரிசோதனைகளின் முடிவுகளைத் தெரிந்து கொள்ள விரும்புகிறேன். ஆம் - இல்லை

PHYSICAL EXAMINATION

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

The above donor is FIT / UNFIT to donate blood.

Blood Bag : SINGLE / DOUBLE / TRIPLE

Volume : 350 ml /450 ml

Signature of the MEDICAL OFFICER.