



# ಕರ್ನಾಟಕ ರೆಡ್‌ಕ್ರಾಸ್ ರಕ್ತನಿಧಿ



(ಭಾರತೀಯ ರೆಡ್‌ಕ್ರಾಸ್ ಸಂಸ್ಥೆ, ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಶಾಖೆಯ ಒಂದು ಘಟಕ)

ನಂ. 26, "ರೆಡ್‌ಕ್ರಾಸ್ ಭವನ", 1ನೇ ಮಹಡಿ, ರೇಸ್ ಕೋರ್ಸ್ ರಸ್ತೆ, ಬೆಂಗಳೂರು - 560 001

ದೂರವಾಣಿ : 080-1052 (ಉಚಿತ ಕರೆ) 22268435, 22264205 ಫ್ಯಾಕ್ಸ್ : 22284878

ಪರವಾನಗಿ ಸಂಖ್ಯೆ : ಕೆಟಕೆ / 28A / 187 / 2006

ರಕ್ತ ಚೀಲದ ಸಂಖ್ಯೆ
ರಕ್ತದ ಗುಂಪು

## ರಕ್ತದಾನಿಗಳ ಪ್ರಶ್ನಾವಳಿ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪಿಗೆ ಪತ್ರ

ಗೌಪ್ಯತೆಯನ್ನು ಕಾಯ್ದಿರಿಸುವುದು

ಅನ್ವಯವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಈ ರೀತಿ  ಗುರುತಿಸಿ

ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಲು ಸಾಮಾನ್ಯ ಅರ್ಹತೆ

ದೈಹಿಕವಾಗಿ ದೃಢವಾಗಿರುವ, ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಬಿರುಕಾಗಿರುವ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಹೊಂದಿರುವವರು ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಬಹುದು.

ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಸರಿಯಾದ ಉತ್ತರ ನೀಡಿ. ಇದರಿಂದ ನಿಮ್ಮ ಹಾಗೂ ನಿಮ್ಮ ರಕ್ತ ಪಡೆಯುವ ರೋಗಿಗಳ ಆರೋಗ್ಯ ರಕ್ಷಣೆಗೆ ಅನುಕೂಲವಾಗುವುದು.

ಹೆಸರು :	ಪುರುಷ / ಮಹಿಳೆ	ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ :	ವಯಸ್ಸು :
ತಂದೆಯ / ಗಂಡನ ಹೆಸರು :	ಉದ್ಯೋಗ :		
ಸಂಪರ್ಕಿಸಬಹುದಾದ ವಿಳಾಸ :			

ದೂರವಾಣಿ : ಮೊಬೈಲ್ :

ಫ್ಯಾಕ್ಸ್ : ಇ-ಮೇಲ್ :

ಈ ಹಿಂದೆ ನೀವು ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು  ಇಲ್ಲ  ಈ ರಕ್ತನಿಧಿಗೆ? ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

ಈ ಹಿಂದೆ ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಿದ್ದಾಗ ವಿನಾದರೂ ತೊಂದರೆ ಕಂಡು ಬಂದಿತ್ತೇ? ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

ತುರ್ತು ರಕ್ತದ ಅವಶ್ಯಕತೆ ಇದ್ದಾಗ ನಿಮ್ಮನ್ನು ಸಂಪರ್ಕಿಸಿದರೆ ಸಹಕರಿಸುತ್ತೀರಾ? ಹೌದು  ಇಲ್ಲ

ನಿಮ್ಮ ರಕ್ತದ ಗುಂಪು : ನೀವು ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿದ ಸಮಯ :

ಯೋಗ್ಯ ಉತ್ತರವನ್ನು ಈ ಚಿಹ್ನೆ(✓) ಯಿಂದ ಗುರುತಿಸಿ.

- ಈ ದಿನ ನೀವು ಚೆನ್ನಾಗಿದ್ದೀರಿ ಎಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ
- ಕಳೆದ 4 ಗಂಟೆಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿದ್ದೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ
- ಹಿಂದಿನ ದಿನದ ರಾತ್ರಿ ಚೆನ್ನಾಗಿ ನಿದ್ರೆಮಾಡಿದ್ದೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ
- ಯಾವುದಾದರೂ ಕಾರಣದಿಂದ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್, ಮಲೇರಿಯಾ, ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ/ಐಡ್ ಹಾಗೂ ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳ ಸೋಂಕು ನಿಮಗಿರಬಹುದು ಎಂದು ನೀವು ಭಾವಿಸುತ್ತೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ
- ಕಳೆದ 6 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ತೊಂದರೆಗಳು ಕಂಡು ಬಂದಿವೆಯೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ  
 ಕಾರಣವಿಲ್ಲದೆ ತೂಕ ಕಡಿಮೆ  ಅತಿಧೀರಿಯ ಪುನರಾವರ್ತನೆ  ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಊತ  ನಿರಂತರವಾಗಿ ಸಣ್ಣಜ್ವರ
- ಕಳೆದ 6 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಶ್ರೀಯಗಳಿಗೆ ಒಳಗಾಗಿದ್ದೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ  
 ಹೆಚ್ಚಿಹಾಕಿಸಿದೆ  ಕೆವಿ ಚುಚ್ಚಿಸಿದೆ  ರಕ್ತಪಡೆಯಲಾಗಿದೆ  ಹಲ್ಲುಕೀಳಿಸಿದೆ  ಸಣ್ಣ ಪ್ರಮಾಣದ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ
- ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದಾದರೂ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ಕಳೆದ 15 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಹಾಕಿಕೊಂಡಿರುವೀರಾ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ  
 ಕಾಲರಾ  ವಿಷಮತೀತಜ್ವರ  ಫೇಜ್  ಧನುರ್ವಾತ  ಡಿಪ್ತೀರಿಯಾ  ಗ್ಯಾಮ್‌ಗ್ಲೂಬುಲಿನ್

ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಿ - ಅಮೂಲ್ಯ ಜೀವ ಉಳಿಸಿ

8. ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರೂ ತೊಂದರೆಗಳಿಗೆ ಒಳಪಟ್ಟಿದ್ದೀರಾ ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ಹೃದಯರೋಗ                     | <input type="checkbox"/> ಕ್ರಯ                    | <input type="checkbox"/> ಮೂತ್ರಪಿಂಡದ ರೋಗ         |
| <input type="checkbox"/> ಕ್ಯಾನ್ಸರ್                   | <input type="checkbox"/> ಅಸ್ತಮಾ                  | <input type="checkbox"/> ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ/ಸಿ        |
| <input type="checkbox"/> ಮಧುಮೇಹ                      | <input type="checkbox"/> ಕುಷ್ಠ                   | <input type="checkbox"/> ತಲೆಸುತ್ತು              |
| <input type="checkbox"/> ವಿಪರೀತ ರಕ್ತಸ್ರಾವದ ಪ್ರವೃತ್ತಿ | <input type="checkbox"/> ಅಧಿಕ / ಕಡಿಮೆ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ | <input type="checkbox"/> ರಕ್ತಹೀನತೆ              |
| <input type="checkbox"/> ಅಲರ್ಜಿ                      | <input type="checkbox"/> ಅಪಸ್ಮಾರ                 | <input type="checkbox"/> ಸೋಂಕುರೋಗ               |
| <input type="checkbox"/> ಸ್ಪೈನೋಪೈನಿಯ                 | <input type="checkbox"/> ಪಾಲಿಸ್ಪೈಮಿಯವಿರ          | <input type="checkbox"/> ಎಂಡೋಕ್ರೈನ್ ಡಿಸೋರ್ಡರ್ಸ್ |
9. ಕಳೆದ 72 ಘಂಟೆಗಳ ಅವಧಿಯೊಳಗೆ ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳ ಸೇವನೆ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ
- ಅಂಟಿಬಯೋಟಿಕ್ಸ್  ಮದ್ಯಪಾನ  ಸೈರಾಯಿಡ್ಸ್  ಆಸಿರಿನ್
10. ಕಳೆದ ಒಂದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಈ ತೊಂದರೆಗಳತ್ತೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ
- ಕಾಮಾಲೆ  ಹುಚ್ಚುನಾಯ ಕಡಿತ / ಲಸಿಕೆ ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿದೆ  ವಿಷಮತೀತವು
- ಇಮ್ಯೂನೋಗ್ಲೂಬುಲಿನ್  ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ  ಸಂಬಂಧಿ ಅಥವಾ ನಿಕಟ ಸಂಪರ್ಕದಲ್ಲಿ ಇರುವವರಿಗೆ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಇದೆ.
11. ಮಲೇರಿಯಾದ ತೊಂದರೆ ಇತ್ತೇ ? ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದಿದ್ದೀರಾ ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ  'ಹೌದು' ಎಂದಾದಲ್ಲಿ ಮಲೇರಿಯಾ ಇರುವ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ನೀವು ವಾಸಿಸುವುದಾದರೆ 6 ತಿಂಗಳು ಹಾಗೂ ಮಲೇರಿಯಾ ಇಲ್ಲದಿರುವ ಪ್ರದೇಶದಲ್ಲಿ ನೀವು ವಾಸಿಸುವುದಾದರೆ 3 ವರ್ಷ ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಬಾರದು
12. ಮಹಿಳಾ ರಕ್ತದಾನಿಗಳು ಗಮನಿಸಿ :  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ
- ನೀವು ಗರ್ಭಿಣಿಯೇ ?  ಕಳೆದ 6 ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಗರ್ಭಸ್ಥವ ಆಗಿದೆಯೇ ?
- ಒಂದು ವರ್ಷದೊಳಗಿನ ಮಗು ನಿಮಗಿದೆಯೇ?  ಮುಟ್ಟಿನ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಬಾರದು (7 ದಿನಗಳು ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಅಥವಾ ನಂತರ ಮಾಡಬಹುದು)
13. ಪ್ರಯೋಗ ಶಾಲಾ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಮಾಹಿತಿಯು ವ್ಯತಿರಿಕ್ತವಾಗಿದ್ದಲ್ಲಿ ನೀವು ಒದಗಿಸಿರುವ ವಿಳಾಸಕ್ಕೆ ನಾವು ತಿಳಿಸಲು ನೀವೂ ಇಷ್ಟಪಡುತ್ತೀರಾ ?  ಹೌದು
14. ಇದರಲ್ಲಿನ ಎಲ್ಲಾ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಓದಿ ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡು ಎಲ್ಲಾ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೂ ನಿಜವಾದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ನೀಡಿದ್ದೀರಾ? ಕಾರಣ ನೀವು ನೀಡುವ ತಪ್ಪು ಮಾಹಿತಿ ಅಥವಾ ಮರೆಮಾಚುವಿಕೆಯಿಂದ ನಿಮ್ಮ ಆರೋಗ್ಯಕ್ಕೆ ತೊಂದರೆ ಆಗಬಹುದು ಅಥವಾ ನಿಮ್ಮ ರಕ್ತವನ್ನು ಪಡೆಯುವ ರೋಗಿಗೂ ತೊಂದರೆ ಆಗಬಹುದು  ಹೌದು

### ಒಪ್ಪಿಗೆ

- ರಕ್ತದಾನವು ಪೂರ್ಣ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ಮಾಡುವಂತಹದು. ಇದರಲ್ಲಿ ಯಾವುದೇ ಪ್ರಚೋದನೆಯಾಗಲಿ, ಸಂಭಾವನೆಯಾಗಲಿ ಇಲ್ಲ ಎನ್ನುವುದನ್ನು ನಾನು ತಿಳಿದಿದ್ದೇನೆ.
- ಸ್ವಇಚ್ಛೆಯಿಂದ ನಾನು ಮಾಡುತ್ತಿರುವ ರಕ್ತ / ಅಂಗಾಂಶಗಳ ದಾನವು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಧಾನವಾಗಿದೆ. ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಒದಗುವ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ನಾನು ಸ್ವೀಕರಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ರಕ್ತ ಸುರಕ್ಷತೆಯ ದೃಢೀಕರಣಕ್ಕಾಗಿ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ, ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಸಿ, ಮಲೇರಿಯಾ ಪ್ಯಾರಾಸೈಟಿಸ್, ಹೆಚ್.ಐ.ವಿ. / ಎಡ್ಸ್, ಲೈಂಗಿಕ ರೋಗಗಳು ಅಲ್ಲದೆ ಇನ್ನೂ ಯಾವುದಾದರೂ ಸ್ಟೀರಿಂಗ್ ಚಿಹ್ನೆಗಳನ್ನು ಅಗತ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ ಮಾಡಲಾಗುವುದು ಎಂದು ನಾನು ತಿಳಿದಿದ್ದೇನೆ.
- ನನ್ನ ಬಗ್ಗೆ ಅಥವಾ ನನ್ನ ರಕ್ತದಾನದ ಬಗ್ಗೆ ನಾನು ಕೊಟ್ಟಿರುವ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿ ನನ್ನ ಪೂರ್ವಾನುಮತಿಯಿಲ್ಲದೆ ತಿಳಿಸುವುದನ್ನು ನಾನು ನಿರ್ಮೂಲಿಸುತ್ತೇನೆ.
- ನಾನು ಸ್ವಯಂ ಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಬಯಸುತ್ತೇನೆ.

ದಿನಾಂಕ :

ಸಮಯ :

ರಕ್ತದಾನಿಯ ಸಹಿ

### ದೈಹಿಕ ತಪಾಸಣೆ

ರಕ್ತದಾನದ ದಿನಾಂಕ	ದೇಹದ ತೂಕ	ಉಷ್ಣತೆ	ನಾಡಿಬಡಿತ ನಿಮಿಷಕ್ಕೆ	ರಕ್ತದೊತ್ತಡ	ಹಿಮೋ ಗ್ಲೋಬಿನ್	ರಕ್ತ ಚೇಲದ ಟ್ರೂಬಿನ ಸಂಖ್ಯೆ	ತೂಕ 350/450ಮಿಲಿ	ರಕ್ತ ಚೇಲದ ವಿಧಗಳು ಎಸ್/ಡಿ/ಟಿ/ಕ್ಯೂ

ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಲು ಅರ್ಹರೇ?  ಹೌದು  ಇಲ್ಲ ನಿರಾಕರಿಸಿದ ಕಾರಣ \_\_\_\_\_

ಪ್ರಯೋಗಶಾಲಾ ತಂತ್ರಜ್ಞರ / ತುಕ್ಕೂಪಕರ ಸಹಿ \_\_\_\_\_ ವೈದ್ಯಾಧಿಕಾರಿಗಳ ಸಹಿ : \_\_\_\_\_

ರಕ್ತದ ಸುರಕ್ಷತೆ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ರಕ್ತದಾನಿಯಿಂದ ಆರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ.