ಕರ್ನಾಟಕ ರೆಡ್ ಕ್ರಾಸ್ ರಕ್ತನಿಧಿ

ಭಾರತೀಯ ರೆಡ್ ಕ್ರಾಸ್ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಒಂದು ಘಟಕ, ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಶಾಖೆ ಘಟಕ, ಬೆಂಗಳೂರು

ನಂ. 26, ರೆಡ್ ಕ್ರಾಸ್ ಭವನ, ಮೊದಲನೇ ಮಹಡಿ, ರೇಸ್ ಕೋರ್ಸ್ ರೋಡ್, ಬೆಂಗಳೂರು - 560 001. ಫೋ : 080-22268435/22264205,

ಮೊ : 9035068435 ಇಮೇಲ್ : ircskarnataka@yahoo.co.in

ವೆಬ್‌ಸೈಟ್ : www.redcrosskarnataka.org **ಪರವಾನಿಗೆ ಸಂಖ್ಯೆ: KTK/28C-187/2006**

ಯೂನಿಟ್ ಬಾರ್ ಕೋಡ್
ರಕ್ತದ ಗುಂಪು

ರಕ್ತದಾನಕ್ಕಾಗಿ ಮಾಹಿತಿ, ನೊಂದಣಿ ಹಾಗೂ ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

1. 18 ರಿಂದ 60 ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸು ಮತ್ತು 45 ಕೆ.ಜಿ.ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ತೂಕವಿರುವ ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಯು ಮೂರು ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಬಹುದು.
2. ದೈಹಿಕವಾಗಿ ಮಾನಸಿಕವಾಗಿ ಧೃಡವಾಗಿರುವ ಹಾಗೂ ಉತ್ತಮ ಆರೋಗ್ಯ ಹೊಂದಿರುವವರು ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಬಹುದು.
3. ನೀವು ಮಾಡುವ ರಕ್ತದಾನದಿಂದ ಎರಡು ಅಥವಾ ಹೆಚ್ಚಿನ ರೋಗಿಗಳ ಸಹಾಯಾರ್ಥದ ಸಲುವಾಗಿ ರಕ್ತದ ವಿವಿಧ ಅಂಶಗಳನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ.
4. ಈ ವಿಧಾನದಲ್ಲಿ ಅಪರೂಪವಾಗಿ ತಲೆ ಸುತ್ತುವುದು, ತೋಳಿನಲ್ಲಿ ನೋವು ಮತ್ತು ಬಾವು, ಜೋಮು ಹಿಡಿಯುವುದು ಇತ್ಯಾದಿ ಆಗಬಹುದು, ಇದರ ಬಗ್ಗೆ ವೈದ್ಯರು ಅಥವಾ ನರ್ಸ್ ನಿಗಾವಹಿಸುತ್ತಾರೆ. ದಯವಿಟ್ಟು ನಿಮಗೆ ಕೊಟ್ಟಿರುವ ನಮೂನೆಯಲ್ಲಿ "ರಕ್ತದಾನದ ನಂತರದ ಸಂಭಾವ್ಯ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಮತ್ತು ಅದರ ನಿರ್ವಹಣೆಯ" ಬಗ್ಗೆ ಓದಿರಿ

ಸೂಚನೆ: ಕರ್ನಾಟಕ ರೆಡ್ ಕ್ರಾಸ್ ರಕ್ತನಿಧಿಯಿಂದ ದಾನಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಗೌಪ್ಯವಾಗಿಡಲಾಗುವುದು

ಹೆಸರು (ದಪ್ಪ ಅಕ್ಷರಗಳಲ್ಲಿ) : ಗಂಡು ☐ ಹೆಣ್ಣು ☐

ತಾಯಿ / ತಂದೆ ಹೆಸರು : ಜನ್ಮ ದಿನಾಂಕ : ವಯಸ್ಸು :

ಮನೆ / ಕಛೇರಿ ವಿಳಾಸ: :

ಇ-ಮೇಲ್ : ದೂ / ಮೊ ಸಂಖ್ಯೆ :

ಹುದ್ದೆ : ಸಂಸ್ಥೆಯ ಹೆಸರು :

ನೀವು ಈ ಹಿಂದೆರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಿದ್ದೀರಾ? ಹೌದು/ಇಲ್ಲ, ಹೌದಾದರೆ ಎಷ್ಟು ಬಾರಿ? ----ಕೊನೆಯ ಬಾರಿ ಯಾವಾಗ ದಾನ ಮಾಡಿದ್ದೀರಿ? (<3ತಿಂಗಳು/>3ತಿಂಗಳು)

ಹಿಂದಿನ ರಕ್ತದಾನದ ನಂತರ ನಿಮಗೇನಾದರೂ ಅಸೌಖ್ಯ ಅಥವಾ ರಕ್ತದಾನದ ನಂತರದ ಪರಿಣಾಮಗಳೇನಾದರೂ ಆಗಿತ್ತಾ? ಹೌದು ☐ ಇಲ್ಲ ☐

ಇದು ನಿಮ್ಮ ಅಥವಾ ರೋಗಿಯ ಆರೋಗ್ಯದ ಮೇಲೆ ಪರಿಣಾಮ ಬೀರಬಹುದು. ಆದ್ದರಿಂದ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳಿಗೆ ಪ್ರಾಮಾಣಿಕವಾಗಿ ಉತ್ತರಿಸಿ

ಕ್ರ. ಸಂ	ಕೆಳಗೆ ಪಟ್ಟಿ ಮಾಡಲಾಗಿರುವ ಕೆಲವು ಪರಿಸ್ಥಿತಿಗಳಲ್ಲಿ, ನೀವು ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಬಾರದು. ದಯವಿಟ್ಟು ಸೂಕ್ತವಾದುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ಹಾಗೂ ಯಾವುದಾದರೂ ಸಂಶಯಗಳಿದ್ದಲ್ಲಿ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಸಮಾಲೋಚಿಸಿ (✓)	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ
1.	**ನೀವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಅಥವಾ ಎಂದಾದರೂ ಈ ಕೆಳಗಿನವುಗಳಲ್ಲಿ ಯಾವುದಾದರನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?** ☞ ಅಸಾಮಾನ್ಯವಾದ ರಕ್ತ ಸ್ರಾವ ಅಥವಾ ರಕ್ತದ ತೊಂದರೆಗಳು ☞ ಹೃದಯ, ಕಿಡ್ನಿ, ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಅಥವಾ ಲಿವರ್ ತೊಂದರೆಗಳು ☞ ಎಪಿಲೆಪ್ಸಿ, ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳು ☞ ಕ್ಷಯ ಅಥವಾ ಕುಷ್ಠರೋಗ ☞ ಥೈರಾಯ್ಡ್ ಅಥವಾ ಇತರೆ ಎಂಡೋಕ್ರೈನ್ ತೊಂದರೆಗಳು ☞ ಅಲರ್ಜಿಕ್ ತೊಂದರೆಗಳು ☞ ಪಾಲಿಸೈಥಿಮಿಯಾ ವೆರಾ ☞ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್ ☞ ಇನ್ಸುಲಿನ್ ಅವಲಂಬಿತ ಮಧುಮೇಹ ☞ ಅನಿಯಂತ್ರಿತ ಅತಿ ರಕ್ತದೊತ್ತಡ ☞ ಮೂರ್ಛೆ		
2.	**ಯಾವುದಾದರೂ ಕಾರಣದಿಂದ ಎಚ್.ಐ.ವಿ./ಏಡ್ಸ್ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ/ಸಿ, ಮಲೇರಿಯಾ ಹಾಗೂ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕದ ಸೋಂಕು ನಿಮಗಿರಬಹುದೆಂದು ಭಾವಿಸುತ್ತೀರಾ ?** ☞ ಹಣ ಅಥವಾ ಮಾದಕ ವಸ್ತುಗಳಿಗಾಗಿ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನೇನಾದರೂ ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? ☞ ಮಾದಕ ವಸ್ತುಗಳ ಸೇವನೆಯಿದೆಯೇ? ☞ ಎಚ್.ಐ.ವಿ/ಏಡ್ಸ್, ಲೈ.ಸಂ.ಸೋಂ. ಅಥವಾ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಸಂಬಂಧಿಸಿದಂತೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಪಾಸಿಟೀವ್ ಫಲಿತಾಂಶ ಬಂದಿದೆಯೇ, ಮೇಲ್ಕಂಡ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿದ ವ್ಯಕ್ತಿಯೊಂದಿಗೆ ಅಸುರಕ್ಷಿತ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ ?		
3.	**ನೀವು ಕಳೆದ ಒಂದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಯಾವುದಾದರನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?** ☞ ಪ್ರಮುಖ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ☞ ರಕ್ತ ಹಾಕಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ? ☞ ನಾಯಿ ಕಡಿತ ಅಥವಾ ರೇಬಿಸ್ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದು ☞ ಟೈಫಾಯ್ಡ್ / ವಿಷಮಶೀತ ಜ್ವರ ☞ ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜೆಯ ಕಸಿ ☞ ಬಾಹ್ಯ ರಕ್ತ ಕಾಂಡಕೋಶದ ಕಸಿ		
4.	**ನೀವು ಕಳೆದ ಆರು ತಿಂಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಯಾವುದಾದರನ್ನು ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ?** ☞ ಕಾಂಡೋಮ್ ಬಳಸದೇ ಒಬ್ಬರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚು ವ್ಯಕ್ತಿಗಳೊಂದಿಗೆ ಲೈಂಗಿಕ ಸಂಪರ್ಕ (ಯೋನಿ, ಗುದ, ಬಾಯಿ) ಹೊಂದಿದ್ದೀರಾ? ☞ ಹಚ್ಚೆ ಅಥವಾ ಕಿವಿ ಚುಚ್ಚಿಸಿಕೊಂಡಿರುವುದು ☞ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಊತ ☞ ದಂತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ / ರೂಟ್‌ಕೆನಾಲ್ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ☞ ಸಣ್ಣ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ☞ ತೂಕದಲ್ಲಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುವುದು ಅಥವಾ ನಿರಂತರವಾಗಿ ಜ್ವರ ☞ ಡೆಂಗ್ಯೂ ಜ್ವರ ☞ ಅತಿಭೇದಿಯ ಮನರಾವರ್ತನೆ ☞ ಮಲೇರಿಯಾ		
5.	**ನೀವು ಕಳೆದ 15 ದಿನಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕೆಳಗಿನ ಯಾವುದಾದರೂ ರೋಗ ನಿರೋದಕ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ಹಾಕಿಸಿಕೊಂಡಿದ್ದೀರಾ?** ☞ ಕಾಲರಾ ☞ ವಿಷಮ ಶೀತ ಜ್ವರ ☞ ಪ್ಲೇಗ್ ☞ ಧನುರ್ವಾಯು ☞ ಡಿಫ್ತೀರಿಯಾ ☞ ಗ್ಯಾಮಗ್ಲೋಬುಲಿನ್		

ರಕ್ತದ ಸುರಕ್ಷತೆ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ರಕ್ತದಾನಿಯಿಂದ ಆರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ

ಪು.ತಿ.ನೋ.

		ಹೌದು	ಇಲ್ಲ
6.	ನಿಮಗೇನಾದರೂ ಈ ಹಿಂದೆ ಕಾಮಾಲೆ (ಜಾಂಡಿಸ್) ಇತ್ತಾ? ಅಥವಾ ಅಂತಹವರ ಸಂಪರ್ಕವಿದೆಯೇ?		
7.	ನೀವು ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಬಾರದೆಂದು ಎಂದಾದರು ವೈದ್ಯರು ಸಲಹೆ ಮಾಡಿದ್ದಾರೆ?		
8.	ನೀವು ಕಳೆದ ಮೂರು ದಿನಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ಅಸ್ಪಿರಿನ್, ಅಥವಾ ಆಸ್ಪಿರಿನ್ ಅಂಶ ಹೊಂದಿದ ಔಷಧಿಗಳು, ಸ್ಟಿರಾಯಿಡ್ಸ್, ಮದ್ಯಪಾನ ಸೇವಿಸಿದ್ದೀರಾ?		
9.	ನೀವು ಪ್ರಸ್ತುತ ಆಂಟಿ ಬಯೋಟಿಕ್ಸ್ ಅಥವಾ ಬೇರಾವುದಾದರೂ ಔಷಧಿಗಳನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಿದ್ದೀರಾ?		
10.	ನೀವು ಈವತ್ತು ಕ್ಷೇಮವಾಗಿದ್ದೀರಾ?		
11.	ನೀವು ಕಳೆದ ನಾಲ್ಕು ಗಂಟೆಗಳಂದೀಚೆಗೆ ಆಹಾರವನ್ನು ಸೇವಿಸಿದ್ದೀರಾ?		
12.	ನಿಮಗೆ ವೈದ್ಯರೊಂದಿಗೆ ಕೇಳಬೇಕಾದ ಪ್ರಶ್ನೆಗಳೇನಾದರೂ ಇವೆಯೇ?		
13.	ಮಹಿಳಾ ರಕ್ತದಾನಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ☞ ನೀವು ಗರ್ಭಿಣಿಯೇ? ☞ ಕಳೆದ ಮೂರು ತಿಂಗಳ ಅವಧಿಯಲ್ಲೇನಾದರೂ ಗರ್ಭಪಾತವಾಗಿದೆಯೇ? ☞ ನಿಮಗೇನಾದರೂ ಒಂದು ವರ್ಷಕ್ಕಿಂತ ಚಿಕ್ಕ ವಯಸ್ಸಿನ ಮಗುವಿದೆಯೇ? ☞ ನೀವೇನಾದರೂ ಎದೆ ಹಾಲು ಕುಡಿಸುತ್ತಿದ್ದೀರಾ? ☞ ಮುಟ್ಟಿನ ಅವಧಿಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡಬಾರದು (07 ದಿನಗಳು ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಅಥವಾ ನಂತರ ಮಾಡಬಹುದು)		

ಆಪ್ತ ಸಮಾಲೋಚಕರ / ವೈದ್ಯರ ಸಹಿ	**ದಿನಾಂಕ** :

ನಿಮ್ಮ ರಕ್ತದಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ಯಾವುದೇ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ತೊಂದರೆಯಾಗಬಾರದೆಂದು ಖಚಿತಪಡಿಕೊಳ್ಳಲು, ಅದನ್ನು ಎಚ್.ಐ.ವಿ. ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಮತ್ತು ಸಿ. ಸಿಫಿಲಿಸ್, ಮಲೇರಿಯ ಹಾಗೂ ಇತರೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಒಳಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಗೌಪ್ಯತೆಯನ್ನು ಕಾಪಾಡಲಾಗುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರಯೋಗಾಲಯದ ಯಾವುದಾದರೂ ಪರೀಕ್ಷಾ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಪಾಸಿಟಿವ್ ಬಂದಲ್ಲಿ, ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಬಹುದಾದ ಹಿನ್ನೆಲೆಯಲ್ಲಿ ದಾನಿಗಳಿಗೆ ಮಾಹಿತಿ ನೀಡುವುದು ನಮ್ಮ ಜವಾಬ್ದಾರಿಯಾಗಿದೆ. ಒಂದು ವೇಳೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯಾತ್ಮಕ ಬಂದಲ್ಲಿ, ನೀವು ವಿಳಂಬವಿಲ್ಲದೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಆರಂಭಿಸಬಹುದು. ನಿಯಂತ್ರಣ ಕ್ರಮವಾದ ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಚುಚ್ಚುಮದ್ದನ್ನು ಕುಟುಂಬದ ಇತರೆ ಸದಸ್ಯರಿಗೂ ಕೊಡಬಹುದು.

ಸಮ್ಮತಿ ಪತ್ರ

ನಾನು ಈ ಕೆಳಗಿನ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಅರ್ಥ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತೇನೆ ಮತ್ತು ಒಪ್ಪಿಗೆಯನ್ನು ನೀಡಿರುತ್ತೇನೆ.

ಅ. ರಕ್ತದಾನವು ಒಂದು ಸಂಪೂರ್ಣವಾದ ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತ ಕಾರ್ಯವಾಗಿದ್ದು ಮತ್ತು ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಯಾವುದೇ ಆಮಿಷ ಅಥವಾ ಸಂಭಾವನೆ ನೀಡಿರುವುದಿಲ್ಲ

ಆ. ರಕ್ತ ಅಥವಾ ರಕ್ತದ ವಿವಿಧ ಅಂಶಗಳ ದಾನವು ಒಂದು ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಧಾನವಾಗಿದ್ದು, ಸಂಭಾವ್ಯ ಅಪಾಯಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಇ. ನನ್ನ ರಕ್ತವನ್ನು ರಕ್ತದ ಸುರಕ್ಷಾ ದೃಷ್ಟಿಯಿಂದ ಇತರ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳ ತಪಾಸಣಾ ಜೊತೆಯಲ್ಲೇ ಎಚ್ಐವಿ, ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಬಿ ಮತ್ತು ಹೆಪಟೈಟಿಸ್ ಸಿ ಮತ್ತು ಮಲೇರಿಯಾ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಲಾಗುವುದು

ಈ. ನನ್ನ ರಕ್ತದಲ್ಲಿನ ಇತರೆ ಅಂಶಗಳಾದ ಕೆಂಪು ರಕ್ತ ಕಣಗಳು, ಪ್ಲೇಟ್ಲೆಟ್ಸ್, ಪ್ಲಾಸ್ಮಾ ಆಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿ ನಂತರ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಇತರೆ ರಕ್ತನಿಧಿಗಳಿಗೆ ಕೊಡಲಾಗುವುದು. ಹೆಚ್ಚುವರಿ ಪ್ಲಾಸ್ಮಾವನ್ನು ರೋಗಿಗಳ ಉಪಯೋಗಕ್ಕಾಗಿ ಅಲ್ಬುಮಿನ್, ಗ್ಲೋಬಿನ್ ಉತ್ಪತ್ತಿ ಮಾಡಲು, ಒಂದು ವೇಳೆ ವಿಭಾಗೀಕರಣದ ಕೇಂದ್ರಗಳಿಗೆ ಕಳಿಸಬಹುದು

ಉ. ನನ್ನ ಬಗ್ಗೆ ಅಥವಾ ನನ್ನ ರಕ್ತದಾನದ ಬಗ್ಗೆ ನಾನು ಕೊಟ್ಟ ಮಾಹಿತಿಯನ್ನು ಯಾವುದೇ ವ್ಯಕ್ತಿಗೆ ನನ್ನ ಪೂರ್ವಾನುಮತಿಯಿಲ್ಲದೇ ತಿಳಿಸುವುದನ್ನು ನಿರ್ಬಂಧಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಊ. ನಾನು ಸ್ವಯಂಪ್ರೇರಿತವಾಗಿ ರಕ್ತದಾನ ಮಾಡುತ್ತೇನೆ.

ನೀವು ಯಾವುದಾದರೂ ಪಾಸಿಟೀವ್ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ತಿಳಿದುಕೊಳ್ಳಲು ಇಚ್ಛಿಸುತ್ತೀರಾ?	ಹೌದು	ಇಲ್ಲ

ಹೌದಾದರೆ ಹೇಗೆ? ಮೊಬೈಲ್ ☐ ಟೆಲಿಫೋನ್–ಕಛೇರಿ / ಮನೆ ☐ ಇಮೇಲ್ ☐ ಅಂಚೆ ☐

ದಾನಿಯ ಸಹಿ:	ದಿನಾಂಕ:	ಸಮಯ:

Medical Examination & Blood Collection (for staff use)

Donor type	Camp Code	Wt in Kg	Hb %	Temp. Deg C	Signature of Technician / Nurse
Voluntary					

Pulse: /min	BP: mm/Hg	Phlebotomy site free from skin diseases, punctures & scars ☐Yes ☐No

Donor is in good physical & mental health & fit to donate blood ☐Yes ☐No If deferred, reason & period of deferral :	Signature of MO

Bag Type	Volume	Blood Bag Tube No.	Collection time <10min	Time of collection	Signature of Phlebotomist
S / D / T / Q	350 / 450 ml		☐Yes ☐No		