

# अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, जोधपुर

## रक्त आधान सहमति

मरीज का नाम: उम्र: लिंग: पंजिकरण क्रं :

### मरीज कथन

मैं, निम्न हस्ताक्षरकर्ता, रक्त व रक्त घटकों के आधान की जरूरत, फायदों, संभावित खतरों, दुष्प्रभावों एवं मौजूदा विकल्पों की पूरी जानकारी प्राप्त करने के बाद रक्त आधान की सहमति देता/देती हूँ।

मुझे इस उपचार को प्राप्त नहीं करने पर हो सकने वाले खतरों व परिणामों के बारे में भी बता दिया गया है एवं इस बारे में सवाल पूछने का व मुझे समझ में आने वाली भाषा में संतोषजनक जवाब जानने का अवसर दिया गया है।

मरीज के हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान व नाम:

दिनांक:

### मरीज के प्रतिनिधि/ अनुवादक का कथन

१. मरीज सहमति देने में असमर्थ है क्योंकि (कारण) .....

२. अतः मैं मरीज की तरफ से सहमति देता/ देती हूँ।

हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान व नाम: .....

मरीज से संबंध .....

दिनांक .....

३. अनुवादक का अनुप्रमाणन: मरीज को इस सहमति पत्र का अनुवाद मैंने किया है।

हस्ताक्षर व नाम: .....

दिनांक .....

### चिकित्सक अभिपुष्टि:

मैं यह स्पष्ट करता हूँ कि मैंने स्वयं उपरोक्त सूचना मरीज व उसके प्रतिनिधि को दी है व उनके सभी सवालों के जवाब मेरी समझ में संतोषजनक तरीके से दे दिये गये हैं।

हस्ताक्षर व नाम: .....

दिनांक .....