

ALL INDIA INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES, JODHPUR

Consent for Blood Transfusion

Patient Name: Age: Sex: Hospital Reg. No.....

PATIENT STATEMENT

I, the undersigned CONSENT to undergo the procedure of transfusion of blood or blood components with full knowledge of the need, the benefits, possible risks, side effects and the alternatives to a transfusion.

I have also been informed about the risks and consequences of not receiving this therapy and been given an opportunity to ask questions regarding transfusion and have received answers to my questions and concerns in a language understandable to me.

Signature/Thumb Imprint & Name:

Date:

PATIENT REPRESENTATIVE / INTERPRETER'S STATEMENT

1. The patient is unable to consent because (where applicable):

2. I, therefore, consent for the patient.

Signature / Thumb Imprint & Name:

Relationship to Patient:

Date:

3. Interpreter's attestation (where applicable): The translation has been provided by me.

Signature and Name:

Date:

DOCTOR'S AFFIRMATION

I declare that I have personally explained the above information in detail to the patient and/or the patient's representative and have answered the entire patient's questions to the best of my knowledge.

Signature and Name:

Date:

अखिल भारतीय आयुर्विज्ञान संस्थान, जोधपुर
रक्त आधान सहमति

मरीज का नाम: उम्र:..... लिंग: पंजिकरण कं:

मरीज का बयान

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 बयान

1. मरीज सहमति देने में असमर्थ है क्योंकि (कारण):

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

हस्ताक्षर/अंगूठे का निशान व नाम:

मरीज से संबंध:

दिनांक:

3. 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: