



BHABHA ATOMIC RESEARCH CENTRE HOSPITAL
PATHOLOGY UNIT- BLOOD CENTRE
Licence No: 14-28C

BLOOD DONOR QUESTIONNAIRE & CONSENT FORM

रक्तदाता प्रश्नावली और सहमति फॉर्म

Confidential / गोपनीय

Please answer the following questions correctly. This will help to protect you and the patient who receives your blood. निम्नलिखित प्रश्नों का सही उत्तर दें। इससे आपको और जो आपके खून को प्राप्त करता है; उस मरीज को बचाने में मदद मिलेगी।

BLOOD UNIT NO. रक्त यूनिट संख्या				DATE तारीख			
Donor's Full Name / दाता का पूरा नाम							
		Name नाम		Middle Name मध्यनाम		Surname उपनाम	
AGE/ उम्र		Date of birth/ जन्मतारीख		SEX/लिंग	Male/Female पुरुष / महिला	CHSS No./ CHSS सं	
Occupation/व्यवसाय				Organization/संस्था			
Address for Communication (full) संपर्क के लिए पता (पूर्ण)							
Telephone टेलीफोन				Mobile मोबाइल			
Email ईमेल							
Have you donated blood previously? क्या आपने पहले रक्तदान किया है?				Yes / No हां / नहीं		How many times? कितनी बार?	
Last blood donation date. पिछला रक्तदान तारीख							
Did you have discomfort during/after previous donation? पिछले रक्तदान के दौरान क्या आपको परेशानी थी?						Yes / No हां / नहीं	
Your Blood Group (if known) आपका रक्त समूह (यदि ज्ञात हो)							
Did you have something to eat in last 4 hours? क्या आपने पिछले 4 घंटों में कुछ खाया था?						Yes / No हां / नहीं	
Do you feel well today? क्या आप आज अच्छी तरह महसूस करते हैं?						Yes / No हां / नहीं	
Did you sleep well last night? क्या आपको कल रात को अच्छी नींद आई?						Yes / No हां / नहीं	
Have any of your family members had jaundice in the last 6 months? क्या आपके परिवार के किसी सदस्य को पिछले 6 महीनों में पीलिया था?						Yes / No हां / नहीं	
Do you have any reason to believe that you may be infected by either Hepatitis, HIV/AIDS, Venereal disease? क्या आपको लगता है कि आप हेपेटाइटिस, एचआईवी / एड्स, यौन संचारित रोग से संक्रमित हो?							
♣ If you were found to be positive for HIV, Hepatitis B, C or Syphilis infections. आप एचआईवी, हेपेटाइटिस बी, सी, सिफलिस या गुप्तरोग संक्रमण के लिए सकारात्मक पाए गए हैं।							
♣ If you are having multiple sex partners or have engaged in male to male sexual activity. यदि आप एकसे अधिक सेक्स पार्टनर्स रखते हैं, या पुरुष यौन समलैंगिक गतिविधि में लगे हुए हैं।							





♣ If you have ever worked as sex worker or had sex with a sex worker. अगर आपने कभी सेक्सवर्कर के रूप में काम किया है, या सेक्स वर्कर के साथ यौनसंबंध रखा है। ♣ If you have ever injected any drug (esp. Narcotics) not prescribed by a qualified doctor. अगर आपने कभी किसी योग्य डॉक्टरद्वारा न निर्धारित किसी भी दवा का (विशेषकर नशीले पदार्थोंका) इंजेक्शन लिया है। ♣ If you suspect that you or your partner may have HIV or any other sexually transmitted disease. यदि आपको संदेह है कि आप या आपका यौन साथी एचआईवी या किसी अन्य यौन संचारित रोग संक्रमित हो सकता है। ♣ If you or your sexual partner belong to one of the above categories. यदि आप या आपका यौन साथी उपर्युक्त श्रेणियों में से किसी एक के हैं। ♣ If your answer to any of the above questions is yes and you do not want to reveal it in writing, please convey the same to the blood bank Medical officer confidentially. यदि उपर्युक्त किसी भी प्रश्न का उत्तर हां है, और आप इसे लिखित रूप में प्रकट नहीं करना चाहते हैं, तो कृपया रक्त बैंक के मेडिकल अधिकारी को गोपनीय रूप से बताएं।			Yes / No हां / नहीं
Do you have fever/common cold/other viral infection? क्या आपको बुखार / सर्दी / अन्य वायरल संक्रमण हुआ है?			Yes / No हां / नहीं
Are you on any medication? (Including Ayurvedic /Homeopathic etc) क्या आप कोई दवा ले रहे हैं ? (आयुर्वेदिक / होम्योपैथिक आदि)			Yes / No हां / नहीं
Did you travel abroad in last 6 months? आपने पिछले 6 महीनों में विदेश यात्रा की थी?			Yes / No हां / नहीं
In the last 6 months have you had any of the following? क्या पिछले 6 महीनों में आपको निम्न में से कोई भी लक्षण था?			Yes / No हां / नहीं
Unexpected weight loss अप्रत्याशित वजन घटना	Repeated diarrhoea बार-बार दस्त		
Persistent cough लगातार खांसी	Continuous low grade fever सतत कम ग्रेड बुखार		
Swollen glands सूजन गांठ	Night sweats रात को पसीना		
In the last 6 months have you done any of the following? पिछले 6 महीनों में आपने निम्न से कुछ किया है?			Yes / No हां / नहीं
Tattooing गोदना	Body Piercing/acupuncture treatment छेदना / एक्यूपंकचर इलाज		
Do you suffer from any of the following? क्या आप निम्न में से किसी से पीड़ित हैं?			Yes / No हां / नहीं (if yes, discuss with the medical officer present) (यदि हां, तो चिकित्सा अधिकारी के साथ चर्चा करें)
Epilepsy मिर्गी	Heart Disease हृदयरोग	Tuberculosis क्षयरोग	
Sexually Transmitted Diseases यौन संचारित रोग	Abnormal Bleeding tendency असामान्य रक्तस्राव की प्रवृत्ति	Cancer/Malignant Disease कर्क / घातकरोग	
Allergic Disease एलर्जी रोग	Typhoid (in last 1 year) टाइफाइड (पिछले 1 साल में)	Endocrine Disorder अंतःस्रावी विकार	
Hepatitis B/C हेपेटाइटिस बी / सी	Jaundice in last 1 year पिछले 1 साल में पीलिया	Malaria in last 6 months मलेरिया (पिछले 6 महीनों में)	
G6PD Deficiency/ कमी	Lung Disease फेफड़े की बीमारी	Diabetes मधुमेह	
Leprosy कुष्ठ	Dental Surgery दंत शल्य - चिकित्सा	Asthma दमा	
Schizophrenia मनोविकार	Fainting Spells बेहोशी	Hypertension उच्च रक्तचाप	
Kidney Disease गुर्दरोग	Liver Disease लिवर रोग	Polycythemia पॉलीसिथिमिया	
Migraine माइग्रेन	Dengue डेंगी	Chickungunya चिकनगुनिया	
Zika/West Nile Virus जीका/वेस्ट नाइल वायरस	Leishmaniasis काला अजार	Conjunctivitis आँख आना	
Osteomyelitis अस्थिमज्जा का प्रदाह	Autoimmune disease स्व - प्रतिरक्षित रोग	Hemoglobinopathies हीमोग्लोबिन रोग	





Are you taking or have taken any of these in the past 48 hours? क्या आपने पिछले 48 घंटों में इन में से कोई भी लिया है?		Yes / No हां / नहीं
Alcohol शराब	Steroids स्टेरॉयड	
Aspirin एस्पिरिन	Antibiotics एंटीबायोटिक्स	
Have you been vaccinated for dog bite or rabies vaccine or any other vaccine in past 1 year? क्या आपको पिछले 1 साल में कुत्ते काटने या रेबीज वैक्सीन या किसी अन्य टीका लगाया है?		Yes / No हां / नहीं
Do you work as air crew member, long distance vehicle driver, either above sea level or below sea level or in emergency services or where strenuous work is required? क्या आप वायु चालक दल के सदस्य, लंबी दूरी के वाहन चालक, समुद्र तल से ऊपर या समुद्र तल से नीचे या आपातकालीन सेवाओं में या जहां कठिन काम की आवश्यकता होती है इस तरह के रूप में काम करते हैं?		Yes / No हां / नहीं
Is there any history of major/minor surgery or blood transfusion in the past 6 months? क्या पिछले 6 महीनों में प्रमुख / छोटी शल्य चिकित्सा या रक्त आधान किया है?		Yes / No हां / नहीं
Have you been vaccinated by live attenuated/ non live attenuated vaccine or toxoid or serum in past 1 month? क्या आपको पिछले 1 महीने में लाइव एटेन्यूएटेड/नॉन लाइव एटेन्यूएटेड वैक्सीन या टॉक्सोइड या सीरम से टीका लगाया गया है?		Yes / No हां / नहीं
For women donors / महिला दाताओं के लिए:		
• Are you pregnant or menstruating now? क्या आप गर्भवती हैं/अभी मासिक धर्म हो रहा है?		Yes / No हां / नहीं
• Have you had an abortion in the last 6 months? क्या आपने पिछले 6 महीनों में गर्भपात किया है?		
• Do you have a child less than one year old? क्या आपको एक वर्ष से कम उम्र का बच्चा है?		
CONSENT/ सहमति		
I understand that: मैं समझता हूँ कि:		
• Blood donation is a totally voluntary act and no inducement or remuneration has been offered. रक्तदान एक पूरी तरह से स्वैच्छिक कार्य है और कोई प्रलोभन या पारिश्रमिक की पेशकश नहीं की गई है। • Donation of blood is a medical procedure, and that by donating voluntarily, I accept the risks associated with this procedure. रक्त का दान एक चिकित्सा प्रक्रिया है, और स्वेच्छा से दान करके, मैं इस प्रक्रिया से जुड़े जोखिमों को स्वीकार करता हूँ। • My donated blood will be tested for Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Malarial parasite and Venereal disease, by any standard method including Nucleic Acid Testing (NAT). In addition, any other screening tests required may be carried out to ensure blood safety. न्यूक्लिक एसिड टेस्टिंग (एनएटी) सहित किसी भी मानक विधिद्वारा हेपेटाइटिस बी, हेपेटाइटिस सी, एचआईवी, मलेरिया परजीवी और यौन रोग के लिए मेरा रक्त परीक्षण किया जाएगा। इसके अतिरिक्त, खून की सुरक्षा सुनिश्चित करने के लिए आवश्यक अन्य स्क्रीनिंग परीक्षणों को भी किया जा सकता है। • The plasma prepared from the blood unit may be used clinically or sent for fractionation for preparation of plasma derived medicinal products, all of which may be used for larger patient population and not just this blood bank. रक्त इकाई से तैयार प्लाज्मा को चिकित्सकीय इस्तेमाल किया जा सकता है, या प्लाज्मा प्राप्त औषधीय उत्पादों के निर्माण के लिए भेजा जा सकता है, जो न कि सिर्फ यह रक्त बैंक, तथा सभी अन्य रोगी जनसंख्या के लिए इस्तेमाल किया जा सकता है। • The blood unit donated will be used as per the policy of the blood bank and the hospital as per prevailing guidelines/regulations. रक्त दान इकाई का उपयोग रक्त बैंक की नीति और अस्पताल के अनुसार प्रचलित दिशानिर्देशों / नियमों के अनुसार किया जाएगा।		
I would like to be informed in person about any abnormal test results. मैं किसी असामान्य परीक्षण परिणाम के बारे में व्यक्तिगत रूप में सूचना प्राप्त करना चाहूंगा।		Yes / No हां / नहीं



I have read and understood all the information presented and answered all the questions truthfully, as any incorrect statement or concealment may affect my health or may harm the recipient. मैंने प्रस्तुत सभी जानकारीयों को पढ़ा और समझा है और सच्चाई से सभी सवालों के जवाब दिए हैं, क्योंकि किसी भी गलत वक्तव्य या छिपाना मेरे स्वास्थ्य को प्रभावित कर सकता है या प्राप्तकर्ता को नुकसान पहुंचा सकता है।

Yes / No
हां / नहीं

Date/दिनांक		Time/समय		Donor's Signature: दाता के हस्ताक्षर:	
BLOOD BANK USE ONLY/ केवल रक्त बैंक उपयोग					
Weight:	Kg	Pulse:	/min	Hb:	gm%
BP:	mm/hg	Temperature:	°C	Phlebotomy site skin:	
Venipuncture site:		Right arm		Left arm	
Accept	Defer	Reason for deferral:			
Blood bag details:					
Bag type:		Single	Double	Triple	Quadruple
Bag No:		Segment No:		Volume:	
Phlebotomy start time			End time		Signature of phlebotomist
Blood Group					
Discomfort to donor (if any) and action taken					
Signature of Medical Officer					

