



TATA MEDICAL CENTER, KOLKATA

রক্তদাতাদের anti-HBs পরীক্ষার জন্য সম্মতিপত্র

দাতার নাম : _____

বয়স / লিঙ্গ : _____

নিবন্ধন নম্বর : _____

তারিখ: _____

• আমাকে জানানো হয়েছে যে আমার রক্তের নমুনা anti-HBs (হেপাটাইটিস বি সারফেস অ্যান্টিজেনের বিরুদ্ধে অ্যান্টিবডি) পরীক্ষার জন্য ব্যবহার করা হবে। এই পরীক্ষা আমার হেপাটাইটিস বি-র বিরুদ্ধে রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতার অবস্থা নির্ধারণ করতে সাহায্য করে।

• আমাকে প্রশ্ন করার সুযোগ দেওয়া হয়েছে, এবং আমার প্রশ্নগুলির সন্তোষজনক উত্তর দেওয়া হয়েছে।

• আমি বুঝতে পেরেছি যে আমার পরীক্ষার ফলাফল গোপনীয় রাখা হবে এবং শুধুমাত্র চিকিৎসা সংক্রান্ত উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হবে, এবং ফলাফল আমার সাথে ভাগ করা হতে পারে।

• আমি বুঝতে পেরেছি যে পরীক্ষার আগে যেকোনো সময় আমি সম্মতি দিতে অস্বীকার করতে বা তা প্রত্যাহার করতে পারি, এবং এতে আমার সাধারণ চিকিৎসা পাওয়ার অধিকার প্রভাবিত হবে না।

ঘোষণা

আমি এতদ্বারা anti-HBs পরীক্ষার জন্য আমার অবগত সম্মতি প্রদান করছি।

দাতার স্বাক্ষর / বুড়ো আঙুলের ছাপ: _____

পরামর্শদাতা / চিকিৎসা কর্মকর্তার নাম ও স্বাক্ষর: _____

যোগাযোগের তথ্য: _____

CERTIFICATION OF BACK TRANSLATION

I hereby certify that I am the person who did the "back translation" of Bengali "Anti-HBs testing. Version: 1.0" to English. I was not involved in the original translation of the document. The attached "back translation" is accurate to the best of my abilities. I am not affiliated with the above titled research project, which I understand would constitute a "Conflict of Interest."

**Signature of "Back
Translator":**

A. Aey

Date: 08/05/2026

Printed Name: Antara Dey