



TATA MEDICAL CENTER, KOLKATA

anti-HBs परीक्षण के लिए रक्तदाताओं की सहमति प्रपत्र

दाता का नाम: _____

आयु/लिंग: _____

दाता आईडी / पंजीकरण संख्या: _____

तारीख: _____

• मुझे सूचित किया गया है कि मेरे रक्त के नमूने की जाँच anti-HBs (Hepatitis B सतही एंटीजन के प्रति एंटीबॉडी) के लिए की जाएगी। यह परीक्षण Hepatitis B के प्रति मेरी प्रतिरक्षा स्थिति निर्धारित करने में सहायक है।

• मुझे प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है, और मेरे सभी प्रश्नों का संतोषजनक उत्तर दिया गया है।

• मैं समझता/समझती हूँ कि मेरे परीक्षण के परिणाम गोपनीय रखे जाएंगे और केवल चिकित्सीय उद्देश्यों के लिए उपयोग किए जाएंगे तथा परिणाम मुझे बताए जा सकते हैं।

• मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे परीक्षण से पहले किसी भी समय सहमति देने से इंकार करने या अपनी सहमति वापस लेने का अधिकार है, और इससे मेरी मानक चिकित्सा सेवा प्राप्त करने की पात्रता पर कोई प्रभाव नहीं पड़ेगा।

घोषणा

मैं एतद्वारा anti-HBs परीक्षण के लिए अपनी सूचित सहमति प्रदान करता/करती हूँ।

दाता के हस्ताक्षर / अंगूठे का निशान: _____

परामर्शदाता / चिकित्सा अधिकारी का नाम एवं हस्ताक्षर: _____

संपर्क जानकारी: _____