

**फाराम नं. १**

**कोभिड-१९ “कन्भोलेसेन्ट प्लाज्मा” को दाता को दर्ता फाराम**

फाराममा उल्लेखित विवरणहरु भरीदिनुहुन अनुरोध छ र यसैको आधारमा तपाईंलाई यथाशिघ्र सम्पर्क गरिने छ ।

यदी तपाईं कन्भोलेसेन्ट प्लाज्मादान गर्न योग्य पाइएमा तपाईंको नजिकैको रक्तदान केन्द्रलाई तपाईंको बारेमा विस्तृत विवरण उपलब्ध गराइनेछ ।

नाम :			
	पहिलो	बीचको नाम	थर
इमेल :	सम्पर्क नं.:		
उमेर/लिंगः		ठेगाना:	
<p>➤ के तपाईंको कोभिड-१९ को परिक्षण पि.सि.आर. विधिबाट निक्क्यौल गरिएको थियो ?</p>			
हो	होइन	थाहाभएन	
<p>➤ के तपाईंलाई अहिले कोभिड-१९ का कुनै लक्षण देखिएको छ ?</p>			
छ	छैन		
<p>➤ के तपाईंमा कोभिड-१९ का लक्षणहरु (जस्तै : ज्वरो, खोकी, सास फेर्न गाह्रो) देखिएको दिन बाट कम्तिमा १४ दिनभइसकेको छ ?</p>			
छ	छैन		
<p>➤ तपाईंमा कोभिड-१९ को लक्षण पूर्ण रुपमाहराएको मिति : ...../...../.....</p>			
<p>➤ तपाईंको पि.सि.आर. विधि बाट पुनः परिक्षण गर्दा कोभिड-१९ को नतिजा नेगेटिभ आएको थियो ?</p>			
थियो	थियो भने, <input type="checkbox"/> १पटकवा <input type="checkbox"/> २पटक	थाहाभएन	
<p>➤ तपाईंको SARS-CoV-2 को सेरोलोजिकल टेष्ट विधिबाट पुनः परीक्षण गर्दा पोजेटिभ आएको थियो ?</p>			
थियो	थिएन	थाहाभएन	
<p>माथि उल्लेखित विवरणहरु मैले मेरो जानकारीमा भएसम्म ईमान्दारीताका साथ दिएको छु । मैले मेरो स्वइच्छामा अवैतानिक रुपमा नेपालमा रहेका रक्त संचार केन्द्र अथवा अस्पतालहरुमा रक्तदान गर्न इच्छुक छु । मैले प्रदान गरेको रगत तथा रक्ततत्व आवश्यक विरामीलाई वा रिसर्च प्रायोजनका लागि प्रयोग गर्न सकिने छ । मैले मेरो उपचार गर्ने चिकित्सकबाट रक्तदान पश्चात हुने फाइदा र प्रतिक्रियात्मक विवरणहरु बुझिसकेको र म रक्तदानगर्न तयार भएको व्यहोरा जानकारी गराउँदछु ।</p>			
<p>रक्तदाताको सही : ..... उपचारमा संलग्न चिकित्सकको नाम : .....</p>			
मिति : .....		सही : .....	
		मिति : .....	

**कोभिड-१९ “कम्भोलेसेन्ट प्लाज्मा” को दाताको स्क्रिनिङ्ग फाराम**

फाराममा उल्लेखित विवरणहरु भरीदिनुहुन अनुरोध छ ।

नाम :			
	पहिलो	बीचको नाम	थर
इमेल :	सम्पर्क नं.:		
उमेर/लिङ्ग:		ठेगाना:	
<p>➤ के तपाईंको कोभिड-१९ को परिक्षण पि.सि.आर. विधिबाट निक्यौल गरिएको थियो ?</p>			
हो	होइन	थाहाभएन	
<p>➤ के तपाईंलाई अहिले कोभिड-१९ का कुनै लक्षण देखिएको छ ?</p>			
छ	छैन		
<p>➤ के तपाईंमा कोभिड-१९ का लक्षणहरु (जस्तै : ज्वरो, खोकी, सास फेर्न गाह्रो) देखिएको दिन बाट कम्तिमा १४ दिनभइसकेको छ ?</p>			
छ	छैन		
<p>➤ तपाईंमा कोभिड-१९ को लक्षण पूर्ण रुपमा हराएको मिति : ...../...../.....</p>			
<p>➤ तपाईंको पि.सि.आर. विधि बाट पुनः परिक्षण गर्दा कोभिड-१९ को नतिजा नेगेटिभ आएको थियो ?</p>			
थियो	थियो भने, <input type="checkbox"/> १पटकवा <input type="checkbox"/> २पटक	थाहाभएन	
<p>➤ तपाईंको SARS-CoV-2 को सेरोलोजिकल टेष्ट विधिबाट पुनः परीक्षण गर्दा पोजेटिभ आएको थियो ?</p>			
थियो	थिएन	थाहाभएन	
<p>माथि उल्लेखित विवरणहरु मैले मेरो जानकारीमा भएसम्म ईमान्दारीताका साथ दिएको छु । मैले मेरो स्वइच्छामा अवैतानिक रुपमा नेपालमा रहेका रक्त संचार केन्द्र अथवा अस्पतालहरुमा रक्तदान गर्न इच्छुक छु । मैले प्रदान गरेको रगत तथा रक्ततत्व आवश्यक विरामीलाई वा रिसर्च प्रायोजनका लागि प्रयोग गर्न सकिने छ । मैले यस रक्त संचार केन्द्रबाट रक्तदान पश्चात हुने फाइदा र प्रतिक्रियात्मक विवरणहरु बुझिसकेको र म रक्तदान गर्न तयार भएको व्यहोरा जानकारी गराउँदछु ।</p>			
<p>रक्तदाताको सही : .....</p>			
<p>मिति : .....</p>			
<p>रक्त संचार केन्द्रमा संलग्न चिकित्सक वा प्राविधिकको नाम : .....</p>			
<p>सही : .....</p>			
<p>मिति : .....</p>			