



ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರ

ಬೀದರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ ಸಂಸ್ಥೆ, ಬೀದರ.

(ಕರ್ನಾಟಕ ಸರ್ಕಾರದ ಸ್ವಾಯತ್ತ ಸಂಸ್ಥೆ)

ದೂರವಾಣಿ ಸಂಖ್ಯೆ: 08482-228366, ಫ್ಯಾಕ್ಸ್: 08482-240322

website: www.brims-bidar.in e-mail Id- director@brims-bidar.in

ಸಂಖ್ಯೆ:ಬೀವೈವಿ.ಸಂ/ಸಿಪಿಸಿ/ 13 / 2013-14

ದಿನಾಂಕ: 23-12-2013

ದರಪಟ್ಟಿ ಅರ್ಜಿಯ ಪ್ರಕಟಣೆ ಪತ್ರ

ಬ್ರಿಮ್ಸ್ ಬೋರ್ಡ್ ಆಫ್ ಮ್ಯಾನೇಜ್‌ಮೆಂಟ್ ಆಫ್ ಬೀದರಿನಲ್ಲಿರುವ ರಕ್ತ ನಿಧಿ ಕೇಂದ್ರಕ್ಕೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ನಮೂನೆಗಳು ಮತ್ತು ರೇಜಿಸ್ಟ್ರಾರ್‌ಗಳು ಮುದ್ರಿಸಿ ಕೊಡಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದ ಅಧೀಕೃತ ಸಂಸ್ಥೆಯವರು ದರಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಪೋಸ್ಟು ಮತ್ತು ಲೇಟರ್‌ನಲ್ಲಿ ಅರ್ಜಿಪತ್ರವಾಗಿ. ಪ್ರಯುಕ್ತ ಇಚ್ಛೆಯುಳ್ಳ ಅಧೀಕೃತ ಸಂಸ್ಥೆಯವರು ದಿನಾಂಕ: 06-01-2014 ರಂದು ಮಧ್ಯಾಹ್ನ 1-00 ಗಂಟೆಯ ಒಳಗಾಗಿ ಈ ಕೆಳಗೆ ಸಹಿ ಮಾಡಿದವರ ಹೆಸರಿನಲ್ಲಿ ದರಪಟ್ಟಿ ಸಲ್ಲಿಸಲು ಕೋರಿದೆ. ದರಗಳು ಎಮ್.ಆರ್.ಪಿ. ದರಕ್ಕಿಂತ ಮೀರಬಾರದು. ಹಾಗೂ ಸದರಿ ಪ್ರಕಟಣೆಯನ್ನು ಈ ಸಂಸ್ಥೆಯ ಅಂತರ್ಜಾಲತಾಣವಾದ www.brims-bidar.in ನಲ್ಲಿ ಸಹ ನೋಡಿ ದರಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಬಹುದಾಗಿದೆ.

ಕ್ರ.ಸಂ.	ವಿವರ	ದರ ಪ್ರತಿಯೊಂದಕ್ಕೆ
01	Blood Transfusion Register (400 pages each Reg)	
02	Blood Reaction Form's (1x100 each pad)	
03	Consent Form for the Transfusion of Blood/ Blood Components Form's (1x100 each pad)	

ಅಡಕಗಳು: ಮುದ್ರಿಸಬೇಕಾದ ನಮೂನೆಗಳು ಈ ಪ್ರಕಟಣೆಯೊಂದಿಗೆ ಲಗತ್ತಿಸಿದೆ.

B. Balaram Murthy
ನಿರ್ದೇಶಕರು
ಬೀದರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ ಸಂಸ್ಥೆ,
ಬೀದರ

- ಪರವರಗಳು**
- 1) ದರಪಟ್ಟಿಯೊಂದಿಗೆ, ಸಕ್ಷೇಮ ಪ್ರಾರ್ಥಿಕಾರದಿಂದ ಪಡೆದ ಅಧೀಕೃತ ಮಾರಾಟಗಾರರ ಪ್ರವಾನಿಗೆ ಪ್ರಮಾಣ ಪತ್ರದ ಪ್ರತಿ ಲಗತ್ತಿಸುವುದು.
 - 2) ದರಪಟ್ಟಿಯ ಜೊತೆಗೆ ವ್ಯಾಟ್ ನೊಂದಾಣಿ ದೃಢೀಕೃತರಣಿ ಪತ್ರ ಹಾಗೂ ವ್ಯಾಟ್ ಸ್ಲಿಯರ್ಸ್ ಫಾರ್ಮ್ ನಂ -146 ಲಗತ್ತಿಸತಕ್ಕದ್ದು.

ಪ್ರತಿಯನ್ನು: 1) ವ್ಯವಸ್ಥಾಪಕರು, ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಗ್ರಾಹಕರ ಫೇರ್‌ಪೇಸ್ ಮತ್ತು ಮಂಡಳಿ ಜಾಮಾಪಟ್ಟಿ ಬೆಂಗಳೂರು ಇವರ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ನೀಡುತ್ತ ದರಪಟ್ಟಿಯನ್ನು ಸಲ್ಲಿಸಲು ಕೋರಿದೆ.

ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಗೌರವಾನ್ವಿತರಗಳೊಂದಿಗೆ ಈ ಕೆಳಕಂಡ ಮೇಲಾಧಿಕಾರಿಯವರ ದಯಾಪರ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದೆ.

- 1) ಮಾನ್ಯ ಆಯುಕ್ತರು ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು ಆನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ ಬೆಂಗಳೂರು
- 2) ಮಾನ್ಯ ನಿರ್ದೇಶಕರು (ವೈದ್ಯಕೀಯ ಶಿಕ್ಷಣ) ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಕಲ್ಯಾಣ ಸೇವೆಗಳು ಆನಂದರಾವ್ ವೃತ್ತ ಬೆಂಗಳೂರು.
- 3) ಮಾನ್ಯ ಅಪರ ನಿರ್ದೇಶಕರು ಕರ್ನಾಟಕ ರಾಜ್ಯ ಟ್ರಗ್ಸ್ ಲಾಜಿಸ್ಟಿಕ್ಸ್ ಮತ್ತು ವೇರಹಾಸ್ ಸೂಪೆರ್ಮಾರ್ಕೆಟ್ ಲೀ. ಕೆ.ಹೆಚ್.ಬಿ. ಕಾಲೋನಿ ಮಾಗಡಿ ರಸ್ತೆ ಬೆಂಗಳೂರು.
- 4) ಮಾನ್ಯ ಜಿಲ್ಲಾಧಿಕಾರಿಗಳು ಬೀದರ.
- 5) ಮಾನ್ಯ ಮುಖ್ಯ ಕಾರ್ಯನಿರ್ವಾಹಕ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ಜಿಲ್ಲಾ ಪಂಚಾಯತ್ ಬೀದರ.

ಪ್ರತಿಯನ್ನು ಈ ಕೆಳಕಂಡವರ ಮಾಹಿತಿಗಾಗಿ ಹಾಗೂ ಸದರಿ ಪ್ರಕಟಣೆಯನ್ನು ತಮ್ಮ ಕಛೇರಿಯ ಸೂಚನಾ ಘಟಕದಲ್ಲಿ ಪ್ರದರ್ಶಿಸಲು ಕೋರಿ ಸಲ್ಲಿಸಿದೆ:-

1. ಮಾನ್ಯ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ರಾಯಚೂರು/ ಗುಲಬರ್ಗಾ/ ಬಳ್ಳಾರಿ/ಯಾದಗಿರಿ/ ಕೊಪ್ಪಳ / ಬೀದರ.
2. ಮಾನ್ಯ ಜಿಲ್ಲಾ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಕುಟುಂಬ ಅಧಿಕಾರಿಗಳು ರಾಯಚೂರು/ ಗುಲಬರ್ಗಾ/ ಬಳ್ಳಾರಿ/ ಯಾದಗಿರಿ/ ಕೊಪ್ಪಳ/ ಬೀದರ.
3. ಮಾನ್ಯ ಸಹಾಯಕ ನಿರ್ದೇಶಕರು ಜಿಲ್ಲಾ ವಾರ್ತಾ ಮತ್ತು ಪ್ರಚಾರ ಇಲಾಖೆ ಬೀದರ.
4. ಈ ಕಛೇರಿಯ ಸೂಚನಾ ಘಟಕಕ್ಕೆ.

B. Balaram Murthy
ನಿರ್ದೇಶಕರು
ಬೀದರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ ಸಂಸ್ಥೆ,
ಬೀದರ

BIDAR INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES TEACHING HOSPITAL BIDAR.

ಬೆದರ ವೈದ್ಯಕೀಯ ವಿಜ್ಞಾನಗಳ ಸಂಸ್ಥೆ ಬೋಧಕ ಅಧ್ಯಕ್ಷ, ಬೆದರ.

CONSENT FORM FOR THE TRANSFUSION OF BLOOD/BLOOD COMPONENTS

Patient Name:.....CR Number:.....Ward/Bed No.....

Blood transfusion is a life saving medical procedure. Blood can be given as "whole blood" or as components such as Red cells, Platelets, Plasma and Cryoprecipitate.

- 1) I/My patient have informed of the transfusion options available and expected benefits of transfusion of blood and / or components.
- 2) I/My patient agree to the administration of blood and / or components in the interest of proper medical care.
- 3) I/My patient understand that blood / blood components to be administered have been prepared and tested in accordance with rules established by National Regulation. However, there is still a very small chance that an advance reaction can occur such as fever with or without chills and rigor itching and hives, which are treatable. Rarely an unpredictable life threatening event can also occur.
- 4) I/My patient have been informed that despite mandatory screening for blood borne infections such as HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Syphilis and Malaria, the risk of acquiring these infections is not totally Eliminated.
- 5) I/My patient have had the opportunity to ask questions about transfusions, alternatives to transfusion, risk of not transfusing, the procedures to be used and the relative risks and hazards involved.
- 6) I/My patients believe that I have been sufficiently Informed to make and discussion to gives a consent for transfusion of blood/ blood components.
- 7) I/My patient have been informed and explained the above in a language that I/My patient understand.

AUTHORIZATION PATIENT

Signature/Thumb impression _____

Name of the Patient _____

Date _____

Signature/Thumb impression _____

Name of the Patient _____

Doctor _____

Designation _____

PATIENTS ATTENDANT/NEXT OF KIN

The patient is unable to give consent because _____

And I _____

therefore consent for the patients. I acknowledge that I have had an opportunity to discuss this procedure, as stated above, with my physician, physician designee and hereby consent to this procedure. (name/relationship to patient),

Signature/Thumb impression _____ Signature/Thumb impression: _____

Name of the Patient attendant/Next of kin _____ Name of Witness: _____

Date: _____

Doctor _____

Designation _____

Please intimate immediately if any reactions occurs.

Name of the Blood Bank :

Address :

Drug License No. :

Contact No.

Email Id :

TRANSFUSION REACTION REPORT

Dear Sir/Madam,

This is to inform that, patient name Sri/Smt. _____ IP No. _____ of _____ Hospital is transfused with _____ group of blood unit on _____ at _____ am/pm is manifesting transfusion reaction of _____ (✓) tick which are applicable.

Pruritus/Itching	<input type="checkbox"/>	Bleeding Tendency	<input type="checkbox"/>
Chills/Rigor/Fever	<input type="checkbox"/>	Sweating /Dyspnoea	<input type="checkbox"/>
Headache/Vomiting	<input type="checkbox"/>	Back Pain/Red Urine	<input type="checkbox"/>
Chest Pain	<input type="checkbox"/>	Shock/Hypotension	<input type="checkbox"/>
Anxiety/Agitation	<input type="checkbox"/>	Any other signs & Symptoms	<input type="checkbox"/>

- Date & time of transfusion _____
- Blood Group of _____ was received from Blood bank on _____ at _____ am/pm.
- Transfusion started at _____ am/pm on _____
- Reaction noticed after _____ ml of Blood was transfused.
- Transfusion completed at _____ am/pm
- Rate of transfusion _____ drops per minute
- Actual quantity of blood transfused _____
- How the blood unit was stored during the above period _____
- Was blood warmed before use ? _____ if so, how ? _____
- Was a new sterile transfusion set used for transfusing the blood? _____

Date :

Time

Signature of Consultant/Duty doctor with seal.

Note : Transfusion reaction report to be returned to blood bank along with

- a) Blood Bag with transfusion set.
- b) Post reaction specimen -2ml plain and 2 ml citrate from the opposite on.
- c) Report to be filled by the duty doctor with signature and seal of the hospital.
- d) Urine sample (10 to 15 cc) to be sent.