

டோனரின் உறுதிமொழி

பெறுனர்: குழு இயக்குனர்
இரத்த சேவைகள் குழு
சுகாதார அறிவியல் ஆணையம்

மேலே உள்ள கேள்விகளுக்கு அளிக்கப்பட்ட பதில்கள் அனைத்தும் உண்மையானவை என்று நான் உறுதியளிக்கிறேன்.

என்னுடைய இரத்ததானம் முழுத் தன்னார்வத்துடன் செய்யப்படுகிறது என்றும், பணத்திற்காக இல்லாமல், பிறர் நலம் பேணும் மனப்பான்மையுடன் அளிக்கப்படும் வாழ்க்கையின் அன்பளிப்பாகக் கருதுகிறேன் என்றும் உறுதியளிக்கிறேன்.

பொதுநலத்தோடு ஒத்துப்போகும் நோக்கங்களுக்காக என்னுடைய இரத்த தானத்தை பயன்படுத்த நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன். இது தொடர்பாக, என்னுடைய இரத்தத்தையும், இரத்தத்தின் மாதிரிகளையும் மற்றும் இரத்த தானத்தின்போது சேகரிக்கப்பட்ட என்னுடைய தனிப்பட்டத் தரவுகளையும் பின்வரும் நோக்கங்களுக்காகப் பயன்படுத்திக்கொள்ளவும் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்:-

- வேறு ஒருவருக்கு இரத்தம் கொடுப்பதிலும் உறுப்பு மாற்று சிக்கிசைக்காகப் பயன்படுத்துவதிலும் பாதுகாப்பை உறுதிசெய்ய, இரத்தத்தை வகைப் படுத்தி சோதனை செய்வதற்கு; இந்த சோதனைகளில், ஹீமோகுளொபின், சிஃபிலிஸ், ஹெபாடிடஸ் B, ஹெபாடிடஸ் C, HIV நோய்க்கிருமி (AIDS-க்குக் காரணமாகும்), லைகா மற்றும் தேவையான இதர சோதனைகளும் அடங்கும்;
- என்னை அடையாளம் காட்டாதவரையில், புள்ளிவிவர மற்றும் கல்வி சம்பந்தமான ஆராய்ச்சிக்கும் ஆய்வுக்கும் பயன்படுத்த;
- என்னை அடையாளம் காட்டாதவரையிலும், தேவைப்பட்டால் அந்த ஆய்வுகள் நெறிமுறைகளுக்கு உட்பட்டது என்னும் முறையான ஒப்புதல்களைப் பெற்றிருந்தாலும், மருத்துவ மற்றும் சுகாதாரம் சம்பந்தமான ஆய்வு மற்றும் மேம்பாட்டு ஆராய்வுகளுக்கு பயன்படுத்த;
- சுகாதார அறிவியல் ஆணையமும் (HSA) மற்றும் சிங்கப்பூர் செஞ்சிலுவைச் சங்கமும் (SRC) நடத்தும், இரத்த டோனராக மக்களை சேர்ப்பதற்கான முயற்சிகள், மக்களை எட்டும் முயற்சிகள் மற்றும் கல்வி முனைப்புகள் ஆகியவை பற்றி எனக்கு அறிவிப்புகள் அளிக்க; அதேசமயம் எந்த நேரத்திலும் நான் HSA அல்லது SRC-ஐ தொடர்புகொண்டு இந்த விஷயங்கள் பற்றி எனக்கு அறிவிப்புகள் அனுப்ப வேண்டாம் என்று சொல்லலாம்.

கீழ்க்கண்டவை எனக்கு முழுவதும் புரிந்தது என்று உறுதி அளிக்கிறேன்:-

- எனக்கு கொடுக்கப்பட்டிருக்கும், தானம் அளிக்கும் செயல்முறைகள் மற்றும் இரத்த தானம் அளித்தால் நிகழக்கூடிய பக்க விளைவுகள் மற்றும் இடர்கள் ஆகியவை அடங்கிய டோனரூக்கான அறிவளிக்கும் தகவல்கள்;
- எனது இரத்த மாதிரி பொருந்தவில்லையென்றால், சோதனைகள் செய்யப்படாமலும் பயன்படுத்தப்படாமலும் இருக்கலாம் என்னும் தகவல்;
- என்னுடைய இரத்தம் தொற்று நோய்களுக்கு சோதனை செய்யப்படும்போது, ஆம் என்றோ அல்லது இல்லை என்றோ ஒரு தெளிவான முடிவு எட்டப்படவில்லையென்றால், என்னுடைய இரத்தம் பயன்படுத்தப்படாது மற்றும் என்னுடைய பெயர் தள்ளி வைக்கப்படும் பட்டியலில் சேர்க்கப்படலாம்;
- வேறு ஒருவருக்கு இரத்தம் கொடுப்பது பாதுகாப்பானது என்பதை உறுதி செய்யவே இரத்த சோதனை முடிவுகளே ஒழிய, அவை காப்பீட்டுக்காகவோ, வேலையில் சேருவதற்கு அல்லது வேறு எந்த பயன்பாடுகளுக்கும் வெளியிடப்படாது.

இந்த கேள்விப் பட்டியல், என்னுடைய விருப்பத்தின்பேரில்** _____ (பெயர்/NRIC) என்பவரால் _____ (மொழியில்), மொழிபெயர்த்து சொல்லப்பட்டது என்றும் மற்றும் அதன் உட்பொருட்கள் அனைத்தையும் மற்றும் கீழ்க்கண்டவற்றையும் முழுவதும் புரிந்துகொண்டேன் என்றும் உறுதி அளிக்கிறேன்:-

** வேண்டாதவற்றை நீக்கவும்

- என்னுடைய இரத்தம் வேறு யாருக்காவது ஏற்றப்படக்கூடாது என்றால் நான் 1800-226 3320 (கட்டணமில்லா அழைப்பு) என்ற எண்ணை உடனடியாகத் தொடர்பு கொண்டு HSA -ஐ எச்சரிக்க வேண்டும். இந்த தொலைபேசி அழைப்பில் எந்தக் காரணத்தையும் சொல்ல வேண்டிய அவசியமில்லை. ஆனால், டோனர் குழுவில் தொற்றுநோய் பற்றிய மதிப்பீடு செய்ய, நான் தானம் அளித்த இரத்தம், தொற்று நோய்க்கான சோதனைகளுக்கு உட்படுத்தப்படும்.
- இந்தக் கேள்விப் பட்டியலில், என்னுடைய பதில்கள் அல்லது தகவல்களில் ஏதாவது தவறாக இருந்தாலோ அல்லது தவறான பாதைக்கு வழிகாட்டினாலோ என்மீது வழக்குப் பதிவுசெய்து எனக்கு சிறைதண்டனையோ / அபராதமோ வழங்கப்படலாம்.

எனது மீதமுள்ள இரத்த பாகங்கள் மற்றும் இரத்த மாதிரியை ஆய்வுக்குப் பயன்படுத்திக்கொள்ள ஒப்புதல்

மீதமுள்ள இரத்த பாகங்களையும் மாதிரிகளையும், என்னுடைய தனிப்பட்ட தகவல்களுடன் சம்பந்தப்படுத்தாமலும், இந்த மாதிரிகளைப் பற்றிய ஆராய்வுத் திட்டங்கள் நெறிமுறைகளுக்கு உட்பட்டது என்னும் முறையான ஒப்புதல்களைப் பெற்றிருந்தாலும், மருத்துவ மற்றும் சுகாதாரம் சம்பந்தமான ஆய்வு மற்றும் மேம்பாட்டு ஆராய்வுகளுக்கு பயன்படுத்த நான் ஒப்புதல் அளிக்கிறேன்.

ஆம்

இல்லை

டோனரின் பெயர் (பெரிய எழுத்துக்களில்)

டோனரின் கையொப்பம்

NRIC/FIN/கடவுச்சீட்டு எண்

தேதி

MO / MS -இன் பெயர் மற்றும் கையொப்பம்

ஃபிளிபாடமிக்கு முந்தைய சோதனை

ஃபிளிபாடமி

For Official Use

டோனரின் சுகாதார மதிப்பீடு பற்றிய கேள்விப்பட்டியல்
மற்றும் உறுதிமொழி படிவம்

இரத்த தானமளிப்பவர்களுக்கான முக்கியமான செய்தி

இந்த படிவத்தின் நோக்கம் இரத்த தானம் அளிப்பதற்கு நீங்கள் தகுதியுடையவரா என்பதை உறுதி செய்வதாகும். உங்களுடைய இரத்தம் ஏற்றப்பட்டவருக்கு அதனால் நோய்த்தொற்று பரவக்கூடிய சாத்தியமிருந்தால், தானம் அளிக்கும் செயலை நீங்கள் தொடர்ந்து மேற்கொள்ளக் கூடாது.

தயவுசெய்து பின்வரும் பிரிவை கவனமாகப் படிக்கவும். இப்பொழுது அல்லது கடந்த காலத்தில் பின்வரும் நிலைமைகள் ஏதாவது உங்களுக்கு இருந்திருந்தால், நீங்கள் இரத்த தானம் அளிக்க முடியாது.

தானம் அளிப்பதற்கு உங்கள் இரத்தத்தை தகுதியற்றதாக்கும் நிலைமைகள்

1. அதிக இடர் நேரிடும் நடத்தைகள்

குறிப்பிட்ட சில நபர்கள் இரத்தம் மூலம் பரவும் நோய்களான மனித நோய்த்தடுப்பு குறைபாட்டு வைரஸ் (HIV) போன்றவற்றின் ஆபத்துக்கு உள்ளாவதற்கான அதிக இடர் கொண்டிருக்கிறார்கள், அத்தகையோர் இரத்த தானம் செய்யக்கூடாது (முழு இரத்த தானம் மற்றும் ஏஃபெரிசிஸ் தானம் உட்பட). அவையாவன:

- விபசாரிகள் மற்றும் தற்செயலாக பாலியல் செயல்பாட்டில் * ஈடுபட்டவர்கள் உட்பட, பல கூட்டாளிகளுடன் பாலியல் செயல்பாட்டில் * ஈடுபட்டவர்கள்,
- அடிமைப்படுத்தும் போதைப் பொருட்களை **எப்போதாவது** தாங்களாகவே ஊசி மூலம் ஏற்றிக்கொண்டவர்கள்,
- மற்றொரு ஆணுடன் **எப்போதாவது** பாலுறவு வைத்துக்கொண்ட எல்லா ஆண்கள்,
- எப்பொழுதும் அல்லது **எப்பொழுதாவது** விபசாரத் தொழிலில் ஈடுபட்டவர்கள்,
- HIV/AIDS தொற்று பாதித்தவருடன் **எப்போதாவது** பாலுறவு வைத்துக்கொண்டவர்கள்

நீங்கள் மேலே குறிப்பிட்ட செயல்பாடுகள் எதிலாவது ஈடுபட்டிருந்தாலோ அல்லது HIV போன்ற இரத்தம் மூலம் பரவும் நோய்களின் தாக்குதலுக்கு ஆளாகியிருக்கக்கூடும் என சந்தேகித்தாலோ, **இரத்த தானம் அளிக்கக்கூடாது.**

பன்னோக்கு மருத்துவமனைகளிலும் STI கட்டுப்பாட்டுத் துறையிலும் திடீராகின்ற இரத்தம் மூலம் பரவும் நோய்களுக்கான பரிசோதனைகளைச் செய்துகொள்ளுமாறும் நீங்கள் அறிவுறுத்தப்படுகிறீர்கள்.

2. மருத்துவ நிலைமைகள் - இந்த நிலைமைகள் உங்களுக்கு இருந்தால் நீங்கள் இரத்த தானம் அளிக்கக்கூடாது

a. பெறப்பட்ட நோய்த்தடுப்பாற்றல் குறைவு நோய்க்குறி (AIDS) / HIV தொற்று

HIV தொற்று மனித நோய்த்தடுப்பு குறைபாட்டு வைரஸால் (HIV I & II) ஏற்படுகிறது. இந்த நோயின் இறுதி நிலை AIDS எனப்படுகிறது. HIV தொற்று பெரும்பாலும் இவற்றின் வாயிலாகப் பரவுகிறது:

- தொற்றினால் பாதிக்கப்பட்ட ஒரு நபருடன் பாலியல் செயல்பாட்டில் * ஈடுபடுதல்
- ஊசி மூலம் போதை மருந்து ஏற்றிக்கொள்பவர்களால் பயன்படுத்தப்பட்ட ஊசிகள் போன்ற மாசுபட்ட ஊசிகளைப் பகிர்ந்துகொள்ளுதல்
- நோய்த்தொற்று பாதித்த இரத்தம் ஏற்றுதல்
- நோய்த்தொற்று உடைய கர்ப்பிணிப் பெண்ணிடமிருந்து அவருக்குப் பிறக்கும் குழந்தைக்குப் பரவுதல்

HIV தொற்றின் தொடக்க நிலை "விண்டோ காலம்" எனப்படுகிறது. விண்டோ காலத்தின்போது, நீங்கள் உடல்நலம் உள்ளவராகவே உணர்வீர்கள் மற்றும் தோற்றமளிப்பீர்கள், மற்றும் உங்களுக்கு தொற்று இருப்பதையும் சோதனையில் உறுதிப்படுத்த முடியாது. இருப்பினும், உங்களுடைய இரத்தத்தில் நீங்கள் வைரஸை சுமந்துகொண்டிருப்பதால், உங்களுடைய இரத்தம் ஏற்றப்படுபவருக்கும் HIV தொற்று ஏற்படக்கூடிய சாத்தியமுள்ளது.

எடை குறைதல், கழுத்து, அக்குள் மற்றும் இடுப்பு ஆகிய இடங்களில் உள்ள சுரப்பிகள் வீங்குதல், தொடர்ச்சியான வயிற்றுப்போக்கு அல்லது அரிதாக புற்றுநோய் (உதாரணமாக, கபோசி சர்கோமா, நான்-ஹாட்ஜ்கின் லிம்போமா) உள்ளிட்டவை HIV/AIDS தொற்று இருப்பதற்கான அடையாளங்கள் மற்றும் அறிகுறிகள் ஆகும். (a) உங்களுக்கு HIV தொற்று அல்லது AIDS இருப்பதாக சோதனையில் உறுதிப்படுத்தப்பட்டிருந்தால், மற்றும் / அல்லது (b) மேலே குறிப்பிட்ட செயல்பாடுகள் எதிலாவது நீங்கள் ஈடுபட்டிருந்தால் மற்றும் / அல்லது (c) HIV தொற்றினால் பாதிக்கப்பட்டிருப்பதாக நீங்கள் சந்தேகித்தால், நீங்கள் இரத்த தானம் அளிக்கக்கூடாது.

b. ஹெபாடிடிஸ்

ஹெபாடிடிஸ் என்பது கல்லீரலை பாதிக்கின்ற ஒரு வைரஸ் நோய் ஆகும். இரத்தத்தில் ஹெபாடிடிஸ் B அல்லது C வைரஸ் உடையவர்கள் இரத்த தானம் அளிக்க முடியாது. ஹெபாடிடிஸ் A வைரஸ் **இருக்கும்** நபர்களுக்கு, தானம் அளிக்கும் நோக்கங்களுக்காக உங்களுடைய இரத்தம் பாதுகாப்பானதா என்பதை மருத்துவர் கட்டாயமாக மதிப்பீடு செய்ய வேண்டும். ஒரு முன்னெச்சரிக்கை நடவடிக்கையாக ஹெபாடிடிஸ் தொற்று பாதித்த ஒரு நபருடன் நீங்கள் நெருங்கிய தொடர்பு கொண்டிருந்தால், குறைந்தபட்சம் 12 மாதங்களுக்கு நீங்கள் இரத்த தானம் அளிக்கக்கூடாது.

c. உடலுறவு மூலம் பரவக்கூடும் இதர நோய்கள்

உடலுறவு மூலம் பரவக்கூடிய நோய்கள் (STD) இருப்பதாக கண்டறியப்பட்ட அல்லது அவற்றுக்கு சிகிச்சை எடுத்துக்கொண்ட நபர்கள் குறைந்தபட்சம் 12 மாதங்கள் இரத்த தானம் அளிக்கக்கூடாது. உடலுறவு மூலம் பரவக்கூடிய நோய்களுக்கான அறிகுறிகளில் பிறப்புறுப்பு புண், வெளிப்போக்கு, அல்லது இடுப்புப் பகுதியில் உள்ள சுரப்பிகள் வீங்குதல் ஆகியவை உள்ளடங்கும்.

d. மலேரியா

மலேரியா என்பது தொற்று பாதித்த அனாபிலஸ் கொசு கடிப்பதன் வாயிலாகப் பரவுகின்ற ஒரு ஓட்டுண்ணித் தொற்று ஆகும். இது இரத்தம் ஏற்றுவதன் மூலமாகவும் பரவக்கூடும். மலேரியா பாதித்த வரலாறு உடைய முதல் முறையாக தானமளிப்பவர்கள் நிரந்தரமாக தள்ளிவைக்கப்படுவார்கள். கடந்த 12 மாதங்களில் மலேரியா பரவலாக உள்ள பகுதிக்குச் சென்றிருக்கிறீர்களா அல்லது மலேரியா பரவலாக உள்ள ஒரு பகுதியில் 6 மாதங்களுக்கு மேலாக வசித்திருக்கிறீர்களா என்பதை தயவுசெய்து எங்களுக்குத் தெரிவிக்கவும். மலேரியா பரவலாக உள்ள பகுதியிலிருந்து நீங்கள் சமீபத்தில் (4 மாதங்களுக்குள்ளாக) திரும்பியவராக இருந்தால், நீங்கள் திரும்பிவந்த தேதியிலிருந்து குறைந்தபட்சம் 4 மாதங்களுக்கு நீங்கள் தள்ளிவைக்கப்படுவீர்கள். மலேரியா தொற்று இருப்பதாக சோதனையில் உறுதிப்படுத்தப்பட்ட தானமளிப்பவர்கள் நிரந்தரமாக தள்ளிவைக்கப்படுவார்கள். இருப்பினும், குறுகிய "பகல் நேர பயணத்துக்கு" மட்டுமே (அதாவது, இரவில் அங்கு தங்காமல்) மலேரியா பரவலாக உள்ள பகுதிக்கு சென்றுவந்தவர்கள் தொடர்ந்து தானம் அளிக்கலாம்.

e. இதர நிலைமைகள்

இரத்தம் ஏற்றுவதன் வாயிலாகப் பரவக்கூடிய இந்த தொற்றுகளுடன் சேர்த்து, இரத்தம் அல்லது இரத்தத்தின் பகுதிப்பொருட்களைப் பெறுகின்ற நோயாளிகளுக்கு தொற்று ஏற்படுத்தக்கூடிய புதிய நிலைமைகளும் இருக்கின்றன. அத்தகைய வளர்ந்துவரும் தொற்றுநோய்களுக்கான உதாரணங்களில் டெங்கு வைரஸ், வெஸ்ட் நைல் வைரஸ் (WNV), சிக்ன்குனியா வைரஸ், எலிகா வைரஸ் மற்றும் variant Creutzfeld-Jacob disease (vCJD) ஆகியவை உள்ளடங்கும். மேலும், ஏற்றப்படும் இரத்தத்தைப் பெறக்கூடிய நோயாளியின் உடல்நலத்தில் எதிர்மறையான பாதிப்பை ஏற்படுத்துகின்ற நோய் எதிர்ப்புக் காரணிகளும் இரத்தத்தில் காணப்படலாம். இந்த நிலைமைகள் சிங்கப்பூரில் இரத்த விநியோகத்தின் பாதிப்புக்கு தற்சமயம் எந்த கடுமையான அச்சுறுத்தலையும் ஏற்படுத்துவதில்லை என்றாலும் கூட, நாம் அவற்றைக் கூர்ந்து கவனிக்க வேண்டும் என்பதால், ஏற்றப்படும் இரத்தத்தைப் பெறக்கூடிய நோயாளியைப் பாதுகாப்பதற்காக நீங்கள் இரத்த தானம் அளிக்கும்போது கூடுதலான பரிசோதனைகள் செய்யப்படலாம்.

3. நீங்கள் தானம் அளிப்பதால் கிடைக்கக்கூடிய மற்ற உதவிகள்

நீங்கள் தானம் அளித்த இரத்தத்தின் எஞ்சிய இரத்தக் கூறுகளும் மாதிரிகளும் (வெள்ளை இரத்த செல்கள் போன்ற உப விளைபொருட்கள்) பயன்படுத்தாமல் நிராகரிக்கப்படுவதற்குப் பதிலாக அவை அவ்வப்போது ஆராய்ச்சி மற்றும் மேம்பாட்டுப் பணிகளுக்காக பயன்படுத்தப்படலாம். எங்களுடைய ஆராய்ச்சி மற்றும் மேம்பாட்டுப் பணிகள் இரத்த விநியோகத்தின் பாதுகாப்பை மேம்படுத்துவதையும் மற்றும் மருத்துவ அறிவு மற்றும் உடல்நலப் பராமரிப்பை மேம்படுத்துவதையும் நோக்கமாகக் கொண்டுள்ளது. மாதிரிகள் உங்களுடைய அடையாளத்துடன் இணைக்கப்பட மாட்டாது. இந்த மாதிரிகளைக் கொண்டு செய்யப்படுகின்ற எல்லா ஆராய்ச்சித் திட்டங்களுக்கும் முறையான நன்னெறி சார்ந்த ஒப்புதல் பெறப்பட வேண்டும்.

- * "பாலியல் செயல்பாடு" என்பது, ஆணுறையையோ அல்லது வேறு ஏதாவது தற்காப்பு முறையை உபயோகித்தோ அல்லது இல்லாமலோ கீழ்க்கண்ட செயல்பாடுகளில் ஈடுபட்டதைக் குறிக்கும்:
- பெண்குறி வழியாக உடலுறவு (ஆண்குறிக்கும் பெண்குறிக்கும் தொடர்பு)
 - பாலியல் செயல்பாடு (ஒருவருடைய பெண்குறி, ஆண்குறி அல்லது ஆசனவாய் ஆகியவற்றில் வாய் அல்லது நாக்கை வைத்து செயல்படுவது)
 - ஆசனவாய் வழியாக உடலுறவு (ஆண்குறிக்கும் ஆசனவாய்க்கும் தொடர்பு)

எனது இரத்தத்தை தானமாகக் கொடுப்பது பாதுகாப்பானது என்பதை உறுதி செய்ய நான் என்ன செய்ய வேண்டும்?

உங்களுடைய இரத்தம் தானம் கொடுப்பதற்குப் பாதுகாப்பானது என்பதை உறுதி செய்ய உங்களுக்கும் இரத்த வங்கிக்கும் உதவ இந்த ஆவணத்தின் பின்வரும் பிரிவுகள் பூர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும்.

1. டோனார் பதிவு
2. டோனரின் சுகாதார மதிப்பீடு பற்றிய கேள்விப்பட்டியல்
3. டோனரின் உறுதிமொழி

நீங்கள் எங்களிடம் தெரிவிக்கின்ற எல்லா பதில்களும் கண்டிப்பாக இரகசியமாக வைக்கப்படும்.

டோனர் பதிவு

NRIC/FIN/கடவுச்சீட்டு எண்				முதல் முறை <input type="checkbox"/>		தானம் #													
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														மீண்டும் செய்யவும் <input type="checkbox"/>		தானம் அளித்த தேதி			
பெயர் (NRIC/ FIN எண் / கடவுச்சீட்டில் உள்ளவாறு)				கடைசியாக தானமளித்த தேதி		சேகரித்த இடம்		சங்கம்		PH வகை									
BLD GRP				தள்ளி வைப்பதற்கான பரிசோதனை		HB		பெறப்பட்ட நேரம்											
சிங்கப்பூரில் குடியிருக்கும் முகவரி						PH ID		தானம் அளித்த நேரம் தொடக்கம்		தயாரித்தவர்									
அஞ்சல் குறியீடு S()						PH நிலை		நிறுத்தம்		முடித்தவர்									
அலைப்பேசி எண்		வீட்டுத் தொலைபேசி எண்		அலுவலகத் தொலைபேசி எண்		தொழில்		மொத்த அளவு (கிராம்கள்)		நிகர இரத்தம் (மிலி)		இயந்திரத்தின் #							
பிறந்த தேதி		பாலினம்		இனம்		ஆ பெ		சீனர் மலாய் இந்தியர் மற்றவர்		பை வகை		தொகுதி #		கேப்பிங் செய்தது		DNE			
தேதி		மாதம்		வருடம்		மின்னஞ்சல் முகவரி		பதிவகை		தள்ளிவைப்பு குறியீடு தொடங்கிய தேதி / முடிந்த தேதி		பதிலளிப்பு							
மோப்பாதிப்பு ஆய்வு செய்தவரின் ID		இரத்த அழுத்தம்		இதயத்துடிப்பு		வெப்பநிலை (°C)		எடை (கிகி)		பதிவகை									
கருத்துக்கள் (அலுவலக பயன்பாட்டுக்கு மட்டும்)																			

டோனர் பதிவு

கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ள கேள்விகளில் உங்களுடைய உடல்நலம், பயணம் மற்றும் உடலுறவு வரலாறு ஆகியவை பற்றிக் கேட்கப்பட்டிருக்கும் மற்றும் அவை நீங்கள் தொற்றிக்கொள்ளும் வியாதியின் பாதிப்புக்குள்ளாகின்ற அல்லது இரத்த தானம் அளிக்க உங்களைத் தகுதி இல்லாதவராகக் காண்பிக்கும் தொற்றும் தன்மை இல்லாத நிலைமையின் பாதிப்புக்குள்ளாகின்ற ஆபத்து உங்களுக்கு இருக்கிறதா என்பதை மதிப்பிடுவதற்காக வடிவமைக்கப்பட்டுள்ளன (உதாரணமாக, முடக்கு வாதம் போன்ற சுய-நோய்த்தடுப்புக் குறைபாடு இருப்பதற்கான வரலாறு, மற்றும் இரத்தத்தில் காயம் ஏற்படுத்தும் காரணிகள் இருப்பது மற்றும் இரத்தம் ஏற்றுவது தொடர்பான கடுமையான நுரையீரல் காயம் அல்லது TRALI யில் தாக்கங்கள்). கேள்விகளுக்கு நீங்கள் உண்மையான பதில் வழங்குபவர்கள் எனவும், உங்கள் இரத்தத்தின் பாதுகாப்பை உறுதி செய்ய எங்களுக்கு உதவுவதற்கு தொடர்புடைய தகவல்களைத் தெரிவிப்பீர்கள் எனவும் இரத்த வங்கி உங்கள் மீது நம்பிக்கை வைத்திருக்கிறது. நீங்கள் எல்லாக் கேள்விகளுக்கும் பூர்த்தி செய்யவேண்டும் மற்றும் பதிலளிக்க வேண்டும். நீங்கள் 16 மற்றும் 17 வயதுக்கு இடைப்பட்டவராக இருந்தால், இரத்த தானம் செய்வதற்கு முன்னர் பெற்றோர்களின் ஒப்புதல் தேவைப்படுகிறது.

உங்களுடைய பதில் பொய்யானதாகவோ அல்லது தவறானதாகவோ இருந்தால், தொற்று நோய்கள் சட்டத்தின் கீழ் உங்கள் மீது வழக்குத் தொடரப்படும். தவறான தகவல்களை வழங்குவது இந்தச் சட்டத்தின் கீழ் தண்டனைக்குரிய குற்றமாகும். அதற்காக \$20,000 வரை அபராதம் மற்றும்/அல்லது 2 வருடங்கள் வரை சிறைத் தண்டனை அல்லது இரண்டும் வழங்கப்படும்.

உங்கள் இரத்தத்தை வேறு யாருக்கும் **கொடுக்கக்கூடாது** என்று நீங்கள் உணர்ந்தால், உடனடியாக **1800-226 3320** (24-மணிநேரமும் இயங்கும்) என்ற எண்ணில் எங்களை அழையுங்கள். சுகாதாரம், பயணம், சமூக அல்லது உடலுறவு வரலாறுகள் தானமளிப்பவர்களுக்கு HIV, ஹெபாடிடீஸ் B மற்றும் C, ஸிகா, மேக நோய் மற்றும் மலேரியா உள்ளிட்ட தொற்றிக்கொள்ளும் வியாதிகளின் பாதிப்புக்கு உள்ளாக்கக்கூடும். உங்களுக்கு ஏதாவது கவலைகள் அல்லது சந்தேகங்கள் இருந்தால் முன்கூட்டியே எங்களை எச்சரிக்கை செய்வதன் மூலம் எங்களுடைய நோயாளிகளுக்கு எங்களால் முடிந்தளவுக்கு பாதுகாப்பான இரத்தம் வழங்குவதற்கு தயவுசெய்து எங்களுக்கு உதவுங்கள். உங்களுடைய அழைப்பு கண்டிப்பாக இரகசியமாக வைக்கப்படும் மற்றும் உங்களிடம் எந்தக் கேள்விகளும் கேட்கப்பட மாட்டாது. உங்களுடைய இரத்தம் பயன்படுத்தப்படாது என்றாலும் கூட, தானமளிப்பவர் குழுவின் இரத்தம் மூலம் தொற்றக்கூடிய நோய்களின் அமைப்பு மற்றும் சம்பவத்தைக் கண்காணிப்பதற்கு அது தொற்றக்கூடிய நோய்களுக்கான பரிசோதனைகளுக்கு உட்படுத்தப்படும்.

ஏதாவது கேள்விகள் குறித்து உங்களுக்கு விளக்கம் தேவைப்பட்டால், தயவுசெய்து மருத்துவ அதிகாரியுடன் / மருத்துவ நோய்த்தாக்க ஆய்வாளருடன் இதைப் பற்றி விவாதிக்கவும்:

(ஒரு நிரந்தர மை பேனாவைப் பயன்படுத்தி பெட்டிக்குள் குறியீட்டு உங்களுடைய பதிலைத் தெரிவியுங்கள்)

வாழ்க்கைமுறை

						Official Use
1(a)	இரத்த தானம் அளிப்பதற்காக நீங்கள் இங்கு வந்திருப்பதன் நோக்கம் உங்களுக்கு HIV தொற்று இருக்கிறதா அல்லது உங்களுக்கு AIDS பாதிப்பு இருக்கிறதா இல்லையா எனக் கண்டறிவதா?	ஆம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1(b)	HIV தொற்றின் ஆரம்ப காலகட்டம் விண்டோ பீரியட், அதாவது மறை காலம் எனப்படுகிறது, இந்தக் காலகட்டத்தில் வைரஸ் சோதனை செய்யும்போது உங்களுக்கு தொற்று இல்லை என்ற முடிவே கிடைக்கும் மற்றும் நீங்களும் நலமாக இருப்பதாகவே உணர்வீர்கள். இந்த மறை காலத்தின்போது கூட மற்றவருக்கு உங்கள் மூலமாக வைரஸ் பரவும் என்பது உங்களுக்குத் தெரியுமா? உங்களுக்கு HIV அல்லது AIDS தொற்று இருக்கிறது அல்லது அநேகமாக இருப்பதற்கான சாத்தியமுள்ளது என்று நீங்கள் சந்தேகிப்பதற்கான காரணங்கள் ஏதாவது இருக்கிறதா?	ஆம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1(d)	யாருக்காவது, காசுக்காகவோ அல்லது வேறு ஏதாவது சலுகைகளை எதிர்பார்த்தோ நீங்கள் எப்போதாவது பாலியல் செயல்பாடு* சம்பந்தமான சேவைகளைப் பெற்றீர்களா?	ஆம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2(a)	ஆண் டோனர்கள்: நீங்கள் எப்போதாவது மற்றொரு ஆணுடன் பாலியல் செயல்பாட்டில்* ஈடுபட்டுள்ளீர்களா?	ஆம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2(b)	பெண் டோனர்கள்: கடந்த பன்னிரண்டு (12) மாதங்களில், உங்களுக்குத் தெரிந்த ஒரு ஆணுடன் நீங்கள் பாலியல் செயல்பாட்டில்* ஈடுபட்டுள்ளீர்களா அல்லது வேறொரு ஆணுடன் பாலியல் செயல்பாட்டில்* ஈடுபட்டிருப்பதாக நீங்கள் சந்தேகிக்கிறீர்களா?	ஆம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3(a)	கடந்த பன்னிரண்டு (12) மாதங்களில், உங்களுக்கு பின்வருபவைகளில் ஏதாவது இருந்ததா: விவரிக்க இயலாத எடைக்குறைவு அல்லது தொடர்ச்சியான இரவு வியர்த்தல், காப்ச்சல், வயிற்றுப்போக்கு அல்லது வீங்கிய சுரப்பிகள்?	ஆம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3(b)	கடந்த பன்னிரண்டு (12) மாதங்களில், உங்களுக்குத் தெரிந்த ஒருவருடன் நீங்கள் பாலியல் செயல்பாட்டில்* ஈடுபட்டீர்களா அல்லது உங்களுக்கு HIV அல்லது AIDS தொற்று இருக்கிறது அல்லது அநேகமாக இருப்பதற்கான சாத்தியமுள்ளது என்று நீங்கள் சந்தேகிப்பதற்கான காரணங்கள் ஏதாவது இருக்கிறதா?	ஆம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	கடந்த பன்னிரண்டு (12) மாதங்களில், நீங்கள்:					
(a)	யாரிடமிருந்தாவது, காசுக்காகவோ அல்லது வேறு ஏதாவது சலுகைகளை எதிர்பார்த்தோ, பாலியல் செயல்பாடு* சம்பந்தமான சேவைகளைப் பெற்றீர்களா?	ஆம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b)	ஆறு (6) மாதங்களுக்குக் குறைவான காலமே பரிச்சயமான ஒருவருடன் நீங்கள் பாலியல் செயல்பாடு* வைத்துக்கொண்டீர்களா?	ஆம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c)	ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட துணைவருடன் பாலியல் செயல்பாடு* வைத்துக்கொண்டீர்களா?	ஆம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d)	உங்களுக்கு சிஃபிலிஸ், கொனோரியா அல்லது உடலுறவு மூலம் பரவக்கூடிய வேறு ஏதாவது வியாதி இருப்பதாகக் கண்டிபடிக்கப்பட்டதா அல்லது சிஃபிலிஸ் இருப்பது உறுதி செய்யப்பட்டதா?	ஆம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e)	மேற்கண்ட பத்திகள் 4(a), (b), (c) அல்லது (d) இல் விவரிக்கப்பட்ட விதமான நபருடன் பாலியல் செயல்பாடு* வைத்துக்கொண்டீர்களா?	ஆம்	<input type="checkbox"/>	இல்லை	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* “பாலியல் செயல்பாடு” என்பது, ஆணுறையையோ அல்லது வேறு ஏதாவது தற்காப்பு முறையை உபயோகித்தோ அல்லது இல்லாமலோ கீழ்க்கண்ட செயல்பாடுகளில் ஈடுபட்டதைக் குறிக்கும்:

- பெண்குறி வழியாக உடலுறவு (ஆண்குறிக்கும் பெண்குறிக்கும் தொடர்பு)
- வாய்வழிப் பாலியல் செயல்பாடு (ஒருவருடைய பெண்குறி, ஆண்குறி அல்லது ஆசனவாய் ஆகியவற்றில் வாய் அல்லது நாக்கை வைத்து செயல்படுவது)
- ஆசனவாய் வழியாக உடலுறவு (ஆண்குறிக்கும் ஆசனவாய்க்கும் தொடர்பு)

இன்று

- 5 இன்றைக்கு நலமாக இருக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை
- 6 பெண் டோனர்கள்: இப்போது நீங்கள் கர்ப்பமாக உள்ளீர்களா? ஆம் இல்லை

கடந்த 3 நாட்களில்

- 7 நீங்கள் அல்லது உங்களுக்கு:
- (a) ஏதாவது மருந்து எடுத்துக்கொள்கிறீர்களா (வலி கொல்லிகள் உட்பட)? ஆம் இல்லை
- (b) பல் பிடுங்கப்பட்டதா அல்லது பல் சம்பந்தமான சிகிச்சை எடுத்துக்கொண்டீர்களா? ஆம் இல்லை
- (c) பாரம்பரிய மருந்துகளை எந்த விதத்திலாவது எடுத்துக்கொள்கிறீர்களா (மூலிகை மருந்து உட்பட)? ஆம் இல்லை

கடந்த 1 வாரத்தில்

- 8 உங்களுக்கு ஜலதோஷம், ஃப்டூ, இருமல், தொண்டைக்கட்டு, வயிற்றுப்போக்கு அல்லது வேறு ஏதாவது நோய்த்தொற்று இருந்ததா? ஆம் இல்லை

கடந்த 3 வாரத்தில்

- 9 உங்களுக்கு ஏதாவது காய்ச்சல் இருந்ததா?
- 10 சின்னம்மை, தட்டம்மை, டெங்கு, ஸிகா, சிக்குன்குனியா அல்லது மற்ற ஏதேனும் வைரஸ் தொற்றுகள் போன்ற தொற்றிக்கொள்ளும் வியாதிகளுடன் நெருங்கிய தொடர்பு உங்களுக்கு இருந்ததா? ஆம் இல்லை

கடந்த 4 வாரங்களில்

- 11 பொதுவான தசைப் பிடிப்பு, மூட்டு வலி, தோலில் தடிப்புகள் அல்லது கண் நோய் (சிவந்த கண்) போன்ற அறிகுறிகளை நீங்கள் அனுபவித்தீர்களா? ஆம் இல்லை

கடந்த 12 மாதங்களில்

- 12 நீங்கள் அல்லது உங்களுக்கு:
- (a) மஞ்சள் காமாலை அல்லது கல்லீரல் அழற்சி (Hepatitis) உடையவர் எவருடனாவது நெருங்கிய உடல்நீதியான தொடர்பு கொண்டிருந்தீர்களா அல்லது உங்களுக்கு கல்லீரல் அழற்சி (Hepatitis) உள்ளது என்று சோதனையில் உறுதிப்படுத்தப்பட்டதா? ஆம் இல்லை
- (b) இரத்தம் ஏற்றப்பட்டதா? ஆம் இல்லை
- (c) உடலில் எங்கேயாவது குத்தப்பட்டதா (காது குத்தல் உட்பட), டாட்டுக்கள் போடப்பட்டதா, அக்குபங்க்சர் செய்யப்பட்டதா அல்லது உங்கள் உடலில் தவறுதலாக இன்னொருவரின் இரத்தம் உட்புகுந்ததா (இரத்தக் கறையுடனான உபகரணம் உட்பட)? ஆம் இல்லை
- (d) சிறையிலோ, அங்கீகரிக்கப்பட்ட நிறுவனங்களிலோ, அங்கீகரிக்கப்பட்ட இல்லங்களிலோ அல்லது பாதுகாவல் மையங்கள் / பாசறைகளிலோ அடைக்கப்பட்டீர்களா அல்லது தங்க வைக்கப்பட்டீர்களா? ஆம் இல்லை
- 13 நீங்கள் அல்லது உங்களுக்கு:
- (a) மருத்துவமனையில் அனுமதிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை
- (b) ஒரு மருத்துவரின் வழக்கமான கவனிப்பில் இருக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை
- (c) பெரிய நோயோ அல்லது அறுவை சிகிச்சையோ (அறிவுப்பல்லை பிடுங்குவது உட்பட) இருந்ததா? ஆம் இல்லை
- (d) சின்னம்மை, தட்டம்மை, டெங்கு, சிக்குன்குனியா, ஸிகா அல்லது மற்ற ஏதேனும் வைரஸ் தொற்றுகள் போன்ற தொற்றிக் கொள்ளும் வியாதிகள் ஏதேனும் வந்திருக்கிறதா? ஆம் இல்லை

- 14 உங்களுக்கு:
- (a) இதற்கு முன்னர் ஹெபாடிடிஸ் தடுப்பூசி போடப்பட்டு இருக்கிறதா? ஆம் இல்லை
- (b) கடந்த பன்னிரண்டு (12) மாதங்களில் மற்ற ஏதாவது ஊசியோ அல்லது தடுப்பூசியோ (ஹெபாடிடிஸ் தவிர) போட்டுக்கொண்டிருக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை
- (c) கடந்த எட்டு (8) வாரங்களில், பெரியம்மைக்கான தடுப்பூசி போட்டுக்கொண்டிருக்கிறீர்களா அல்லது வேறு யாருக்காவது பெரியம்மைத் தடுப்பூசி போடும்போது மிக அருகில் (அதாவது, தொட்டுக்கொண்டு) இருந்திருக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை

தற்போது வரை உங்கள் வாழ்நாளில் எப்போதும்

- 15 நீங்கள் அல்லது உங்களுக்கு எப்போதாவது:
- (a) இரத்தம் கொடுப்பதை நிரந்தரமாக நிறுத்தச் சொல்லி அறிவுறுத்தப்பட்டிருக்கிறதா (இரத்த டோனராக ஏற்றுக்கொள்ள மறுக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா)? ஆம் இல்லை
- (b) இங்கிலாந்து (UK), மெக்ஸிகோ, பிரான்சு, தென்னமெரிக்கா அல்லது மத்திய அமெரிக்கா ஆகிய நாடுகளில் உங்களுக்கு இரத்தம் ஏற்றப்பட்டிருக்கிறதா? ஆம் இல்லை
- (c) அடிமைப்படுத்தும் போதைப்பொருட்களை எடுத்துக்கொண்டது உண்டா அல்லது உடலில் ஊசி மூலம் ஏற்றப்பட்டதா? ஆம் இல்லை
- 16 நீங்கள் எப்பொழுதாவது எடுத்துக் கொண்டதுண்டா அல்லது இப்போது எடுத்துக்கொண்டிருக்கிறீர்களா:
- (a) மனித வளர்ச்சி ஹார்மோன்? ஆம் இல்லை
- (b) கார்னியா / டியூரா மேட்டர் மாற்று சிகிச்சை? ஆம் இல்லை
- (c) இன்சலின் / நீரிழிவு மருந்துகள்? ஆம் இல்லை
- (d) பிளாஸ்மாவிலிருந்து தயாரிக்கப்பட்ட பொருட்கள்? ஆம் இல்லை
- 17 உங்களுக்கு எப்பொழுதாவது:
- (a) இதயக் கோளாறுகள், நெஞ்சு வலி, மூச்சு விடுவதில் சிரமம், தொடர்ந்த இருமல் இருந்திருக்கிறதா? ஆம் இல்லை
- (b) மருந்து சாப்பிடும் அளவுக்கு அதிக இரத்த அழுத்தம் இருந்திருக்கிறதா? ஆம் இல்லை
- (c) நுரையீரல்கள், சிறுநீரகங்கள், கல்லீரல் அல்லது இரத்தத்தில் நோய் இருந்திருக்கிறதா? ஆம் இல்லை
- (d) ஏதாவது வகை புற்று நோய் உள்ளதாக கண்டறியப்பட்டதா? ஆம் இல்லை
- (e) தோல் சம்பந்தமான நோய் / நிலைமை இருந்திருக்கிறதா? ஆம் இல்லை
- (f) மூர்ச்சையடைதல், நினைவில்லாமல் இருத்தல், வலிப்பு அல்லது மனநல நோய் இருந்திருக்கிறதா? ஆம் இல்லை
- (g) மஞ்சள் காமாலை அல்லது கல்லீரல் அழற்சி (ஹெபாடிடிஸ்) இருந்திருக்கிறதா அல்லது உங்களுக்கு ஹெபாடிடிஸ் உள்ளது என்று சோதனையில் உறுதிப்படுத்தப்பட்டதா? ஆம் இல்லை
- (h) மலேரியா, பரபேஸியோஸிஸ் அல்லது சாகாஸ் நோய் இருந்திருக்கிறதா? ஆம் இல்லை
- 18 எப்பொழுதாவது, உங்களுடைய இரத்த உறவினர்கள் யாருக்காவது Creutzfeld-Jacob Disease (CJD) என்னும் நோய் இருப்பதாக கண்டறியப்பட்டதா? ஆம் இல்லை
- 19 பெண் டோனர்கள்: கடந்த காலத்தில் நீங்கள் கர்ப்பமாக இருந்திருக்கிறீர்களா அல்லது கருச்சிதைவு அல்லது குறைப்பிரசவம் நடந்திருக்கிறதா? அப்படியானால், எண்ணிக்கையையும் கடைசியாக கர்ப்பம் தரித்த தேதியையும் அளிக்கவும்

- 20 நீங்கள் அல்லது உங்களுக்கு:
- (a) கடந்த பன்னிரண்டு (12) மாதங்களில் சிங்கப்பூரை விட்டு வெளியே பயணம் செய்தீர்களா / வெளியில் தங்கினீர்களா? ஆம் என்றால், எங்கே எப்போது? ஆம் இல்லை
- (b) தொடர்ந்து ஆறு (6) மாதங்கள் அல்லது அதற்கு மேலும் மலேரியா பரவலாக உள்ள பகுதியில் வசித்தீர்களா? ஆம் என்றால், எங்கே? ஆம் இல்லை
- (c) எப்பொழுதாவது தொடர்ச்சியாக நான்கு (4) வாரங்களுக்கு அல்லது அதற்கு மேலும் மெக்ஸிகோ, தென்னமெரிக்கா அல்லது மத்திய அமெரிக்காவில் தங்கியிருக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை
- (d) யுனைடெட் கிங்டம் (இங்கிலாந்து, ஸ்காட்லாந்து, வேல்ஸ், வடக்கு அயர்லாந்து, மேன் தீவுகள் மற்றும் சேனல் தீவுகள்) நாட்டில் 1980 முதல் 1996 வரையிலான காலகட்டத்தில் மொத்தமாக மூன்று (3) மாதங்கள் அல்லது அதற்கு மேலும் பயணம் செய்திருக்கிறீர்களா அல்லது வசித்திருக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை
- (e) ஐரோப்பாவில் (UK தவிர) 1980 முதல் தற்போது வரை, மொத்தமாக ஐந்து (5) வருடங்கள் அல்லது அதற்கு மேலும், பயணம் செய்திருக்கிறீர்களா அல்லது வசித்திருக்கிறீர்களா? ஆம் இல்லை

மிக முக்கியமானத் தகவல்களின் புரிதல்

- 21 உங்களுக்குப் புரிகிறதா:
- (a) இந்தப் படிவத்தில் உள்ள எல்லாக் கேள்விகளும், தகவல்களும் மற்றும் உங்களுக்கு அளிக்கப்பட்ட டோனர் பற்றிய தகவல்களும் உங்களுக்குப் புரிகிறதா? ஆம் இல்லை
- (b) ஒரு தொற்று இருக்கும் இரத்தத்தை இன்னொருவருக்கு தானமாக அளித்தால், அவருக்கு நோய், உடற்குறை, வலி, வேதனை மற்றும் இறப்புக்கூட நிகழலாம் என்று உங்களுக்குப் புரிந்ததா? ஆம் இல்லை
- (c) உங்கள் இரத்தத்தில் ஏதேனும் தொற்றுகள் இருக்கலாம் மற்றும் அது மற்ற நோயாளிகளுக்கும் பரவலாம் என்றும் நீங்கள் சந்தேகித்தாலும் அல்லது ஏதேனும் தொற்றுக்களின் அறிகுறிகள் (காய்ச்சல், தோலில் தடிப்புக்கள், பொதுவான உடல்வலி, தொண்டைக்கட்டு, கண் நோய் மற்றும் தொடர்ச்சியான இருமல் போன்றவை) உங்களுக்குத் தென்பட்டாலும் உடனடியாக எங்களைத் தொடர்பு கொள்ள வேண்டிய அவசியம் உங்களுக்குப் புரிந்ததா? ஆம் இல்லை
- (d) உங்கள் இரத்தத்தை வேறு யாருக்கும் கொடுக்கக்கூடாது என்று நீங்கள் உணர்ந்தால், உடனடியாக 24-மணிநேரமும் இயங்கும் **1800-226 3320** (கட்டணமில்லா அழைப்பு) என்ற எண்ணைத் தொடர்புகொண்டு HSA -ஐ எச்சரிக்கை செய்ய வேண்டும்? ஆம் இல்லை