

MEDICAL SUPERINTENDENT OFFICE GURU GOBIND SINGH HOSPITAL, FARIDKOT



Sadiq Road, Faridkot-151203 (Pb.) Indian  
Ph. No. 01639-250098  
Email- msggshospital@gmail.com

No. MSO/Pur/2023/ 6367

Date:- 22/3/23

IT Cell  
BFUHS, Faidkot (For uploading on university website)

**Sub:- Quotations for Printing the Donor Screening and Registration Card.**

Sealed quotations are invited for purchase of following items on the terms & conditions mentioned below:-

| Sr.No. | Name of the item & Specifications  | Quantity Required                              |
|--------|--|--|
| 1      | 1. ½ page of A4 Size Card Sheet<br>2. Single Colour and both side printing<br>3. GSM : 200 GSM Approx. | 20,000 Card (Punjabi)<br>20,000 Card (English) |

**Terms & Conditions:**

Payment : The payment of the material shall be released through RTGS/Cheque after satisfactory inspection report of the material by the Institution Inspection Committee.

F.O.R : General Store, GGSMH, Faridkot.

Rate : 1. Taxes (as applicable), if any, be mentioned separately in the quotation.  
2. The rates of taxes, be charged as per prevailing Govt. Notified Schedule.

Quantity/Item : Quantity may increase or decrease.

Others : 1. The firm should have PAN No, GST No and Bank Account No.  
2. The material should be as per mentioned specifications only.  
3. The final decision of branded item would be reserved to consumer/concerned deptt.

Expiry : The material shall have maximum shelf life, where ever applicable.

Warranty/guaranty: Warranty/Guaranty of the item should be specified separately by the company if any.

Bank Details : Bank details/RTGS details shall clearly be mentioned.

**Note: Quotations received after due date will not be entertained and no communication in this regard will be done.**

Quotation should be submitted on the Letter Head of the company duly dated/signed and stamped.

You are therefore requested to quote your lowest rates of above items and submit Quotations addressed to "The Medical Superintendent, Guru Gobind Singh Medical Hospital, Faridkot (Punjab)". The words "Quotations for Printing the Donor Screening and Registration Card." may please be inscribed on top of the envelope.

The Medical Superintendent reserves the right to reject the quotations without assigning any reason.

The sealed quotations should reach this office on or before 12/4/2023 by 5.00 PM through Registered/Speed Post/Traceable Courier only.

Medical Superintendent



**ਖ਼ੈਰ ਪੁਨਦਾਨੀ ਜਾਂਚ ਪਤਤਾਲ ਅਤੇ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਫਾਰਮ**  
**ਬਲੱਡ ਬੈਂਕ, ਗੁਰੂ ਗੋਬਿੰਦ ਸਿੰਘ ਮੈਡੀਕਲ ਹਸਪਤਾਲ, ਫਰੀਦਕੋਟ ਲਾਇਸੈਂਸ ਨੰ: 1602-B**  
 ਪੁਨਦਾਨੀ ਕਈ

ਸਿਤੀ:.....

|  |                   |   |
|--|-------------------|---|
| ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਨੰ:.....                   | ਬੈਗ ਟਿਊਬ ਨੰ:..... | ਬਲੱਡ ਬੈਗ ਸ/ਡ/ਟ੍ਰ/ਕੁ.....                      |
| ਪੁਨਦਾਨੀ ਦਾ ਭਾਰ.....                    | ਹੀਮੋਗਲੋਬਿਨ.....   | gm/dl ਪੁਨਦਾਨ ਕਰਨ ਤੋ ਬਾਅਦ ਬਲੱਡ ਬੈਗ ਦਾ ਭਾਰ..... |
| ਬਲੱਡ ਪ੍ਰੈਸ਼ਰ.....                      | /mmHg ਪਲਸ.....    | Min ਫਲੈਕੀਟੇਸ਼ੀ ਬਾਂਹ ਸੱਜੀ/ ਖੱਬੀ.....           |
| ਲੈਬ ਟੈਕਨੀਸ਼ੀਅਨ/ਸਟਾਫ ਨਰਸ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ..... |                   | ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ.....                          |

ਪੁਨਦਾਨੀ ਦਾ ਨਾਮ.....ਪਿਤਾ/ਪਤੀ ਦਾ ਨਾਮ.....

ਉਮਰ ਅਤੇ ਲਿੰਗ.....ਪੇਸ਼ਾ.....

ਪੂਰਾ ਪਤਾ.....

ਆਧਾਰ ਕਾਰਡ ਨੰ:..... ਬਲੱਡ ਗਰੁੱਪ.....

ਆਖਰੀ ਵਾਰ ਪੁਨਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਮਿਤੀ:.....

ਪਹਿਲਾਂ ਕਿੰਨੀ ਵਾਰ ਪੁਨਦਾਨ ਕੀਤਾ.....

ਕਿਊਰ ਕਰਕੇ ਹੋਣ ਲਿਖਤ ਸਵਾਲਾਂ ਦੇ ਜਵਾਬ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਠੀਕ ਦਿਉ। ਇਹ ਆਪ ਜੀ ਦੀ ਅਤੇ ਮਰੀਜ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਇਹ ਪੁਨ ਲੱਗੇਗਾ, ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੁਪਤ ਰੱਖੀ ਜਾਵੇਗੀ।

- 1) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 2-3 ਘੰਟੇ ਦੌਰਾਨ ਖਾਣਾ ਖਾਧਾ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 2) ਜਦੋਂ ਤੁਸੀਂ ਪਹਿਲਾਂ ਪੁਨਦਾਨ ਕੀਤਾ ਸੀ, ਉਦੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਤਕਲੀਫ ਤਾਂ ਨਹੀਂ ਹੋਈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 3) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੀ ਰਾਤ ਸੁੱਤੇ ਸੀ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 4) ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੁਖਾਰ, ਖੰਘ, ਢੁਖਾਮ ਆਦਿ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 5) ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਪਹਿਲਾਂ ਕਿਸੀ ਬਿਮਾਰੀ ਕਾਰਨ ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ ਇਲਾਜ ਹੋਇਆ ਹੈ ਜਾਂ ਇਲਾਜ ਚੱਲ ਰਿਹਾ ਹੈ। (ਜੇਵੇਂ ਕਿ ਦਿਲ, ਕੋਫਤੇ ਕਿਛਨੀ ਜਾਂ ਸਕਿਨ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਕੈਂਸਰ, ਸ਼ੂਗਰ, ਬਾਇਰੋਡ ਆਦਿ) (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 6) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਕੋਈ ਦਵਾਈ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 7) ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਸਤ, ਖੰਘ, ਬੁਖਾਰ, ਭਾਰ ਘਟਣਾ, ਬਾਈਰੋਡ ਜਾਂ ਗੱਲ ਸੁੱਜੇ, ਅਣਚਾਹਾ ਬੁਖਾਰ/ ਟਾਈਫਾਈਡ(ਪਿਛਲੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਵਿੱਚ) ਆਦਿ ਦੀ ਤਕਲੀਫ ਹੈ। (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 8) ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸਾਹ ਦੀ ਕੋਈ ਤਕਲੀਫ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 9) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 48 ਘੰਟਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਸ਼ਰਾਬ ਪੀਤੀ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 10) ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬੇਹੋਸ਼ੀ ਜਾਂ ਦੌਰੇ ਆਦਿ ਦੀ ਤਕਲੀਫ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 11) ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਜਖਮਾਂ ਤੋਂ ਪੁਨ ਸਿਆਦਾ ਦੇਰ ਤੱਕ ਵਗਦਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)

- 12) ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 3 ਮਹੀਨੇ ਦੇਰਾਨ ਮਲੇਰੀਆ ਹੋਇਆ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 13) ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਿਛਲੇ 1 ਸਾਲ ਦੇਰਾਨ ਕੁੱਤੇ ਦੇ ਕੱਟਣ ਦੇ ਟੀਕੇ ਲੱਗੇ ਹਨ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 14) ਕੋਈ ਹੋਰ ਵੈਕਸੀਨ ਆਦਿ ਲੱਗੀ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 15) ਕੀ ਤੁਹਾਡੀ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਦੇਰਾਨ ਕੋਈ ਵੱਡਾ ਅਪ੍ਰੇਸ਼ਨ ਹੋਇਆ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 16) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇਰਾਨ ਆਪਣੇ ਕੰਨ ਬਿਨਵਾਏ ਜਾਂ ਕੋਈ ਟੈਟੂ ਜਾਂ ਦੰਦ ਕੱਢਵਾਇਆ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 17) ਕੀ ਪਿਛਲੇ 1 ਸਾਲ ਦੇਰਾਨ ਤੁਹਾਨੂੰ ਖੂਨ ਚੜ੍ਹਿਆ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 18) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਏਡਜ ਬਾਰੇ ਸੁਣਿਆ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 19) ਨਸ਼ੇ ਦਾ ਟੀਕਾ ਲਗਾਉਣਾ ਜਾਂ ਇੱਕ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਰੀਰਕ ਸਬੰਧ ਰੱਖਣਾ HIV ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣ ਸਕਦਾ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)

**ਨੋਟ ਸਵੈ ਡਿਵਰਲ:**

- 1) ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਕਦੇ Syphilis, Hepatitis B/C ਜਾਂ HIV ਆਦਿ ਟੈਸਟ ਪੇਜੀਟਿਵ ਆਇਆ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 2) ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ Syphilis, Hepatitis B/C ਜਾਂ HIV ਆਦਿ ਦਾ ਕੋਈ ਇਲਾਜ ਚੱਲ ਰਿਹਾ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 3) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇਰਾਨ ਨਸ਼ੇ ਲਈ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਔਰਤ ਜਾਂ ਮਰਦ ਨਾਲ ਸਰੀਰਕ ਸਬੰਧ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਪੇਸ਼ੇ ਦਿੱਤੇ ਹਨ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 4) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਨਸ਼ੇ ਦੇ ਟੀਕੇ ਲਗਾਉਂਦੇ ਹੋ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਗਰੁੱਪ ਵਿੱਚ ਨਸ਼ੇ ਲਈ ਵਰਤੋਂ ਜਾਂਦੇ ਟੀਕੇ ਲਈ ਇੱਕ ਸਰੀਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦੇ ਹੋ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)

**ਸਿਰਫ ਮਹਿਲਾ ਖੂਨਦਾਨੀਆਂ ਵਾਸਤੇ:**

- 1) ਕੀ ਅੱਜ ਮਹਾਵਾਰੀ ਖੂਨ ਪੈ ਰਿਹਾ ਹੈ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 2) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਪਿਛਲੇ ਸਾਲ ਗਰਭਵਤੀ ਸੀ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 3) ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਪਿਛਲੇ 6 ਮਹੀਨਿਆਂ ਦੇਰਾਨ ਗਰਭਪਾਤ ਤਾਂ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 4) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਆਪਣਾ ਦੁੱਧ ਪਿਲਾਉਂਦੇ ਹੋ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)

**ਸਹਿਮਤੀ:**

- 1) ਮੈਂ ਖੂਨਦਾਨੀ ਲਈ ਅਤੇ ਇਸ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਦੇਰਾਨ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਰਿਸਕ ਲਈ ਆਪਣੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਨੂੰ ਖੂਨਦਾਨ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਰਿਸਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਮੈਨੂੰ ਖੂਨਦਾਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਦ ਵਰਤਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸਾਵਧਾਨੀਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।
- 2) ਮੈਂ ਖੂਨਦਾਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦਾਨ ਕੀਤੇ ਹੋਏ ਖੂਨ ਦੇ ਜਰੂਰੀ ਟੈਸਟ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ANTI HIV, HBsAg, Anti HCV, VDRL, & Malaria Test ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹਾਂ।
- 3) ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਉਕਤ ਹੋਏ ਆਪਣੇ ਸਕਰੀਨਿੰਗ ਟੈਸਟਾਂ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਜਾਨਣਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ? (ਹਾਂ/ਨਹੀਂ)
- 4) ਜੇ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੀ ਰਿਪੋਰਟ ਖੂਨਦਾਨ ਕਰਨ ਤੋਂ 15 ਦਿਨਾਂ ਬਾਦ ਬਲੱਡ ਬੈਂਕ, ਗੈ.ਗ.ਸ. ਸੈਡੀਕਲ ਹਸਪਤਾਲ, ਫਰੀਦਕੋਟ ਤੋਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਰਕਿੰਗ ਡੇ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਲੈ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬਲੱਡ ਦੇ ਅੱਗੇ ਕੰਪੈਨੈਂਟ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਪਲਾਜਮਾ ਨੂੰ ਅੱਗੇ Indian Pharmaceutical Companies ਨੂੰ (ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਵਾਲੇ ਪਲਾਜਮਾ ਦੇ ਅੱਸਾ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਸੈਡੀਕਲ ਪਰੋਡਕਟ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ Immunoglobulin, Albumin as Factors VIII ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਸੂਚਨਾ ਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪੜ੍ਹ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਦੇ ਉਤਰ ਇਮਾਨਦਾਰੀ ਨਾਲ ਦਿੱਤੇ ਹਨ।
- 5) ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੂਚਨਾ ਜਾਂ ਮੇਰੇ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੇ ਖੂਨਦਾਨ ਸਬੰਧੀ ਕੋਈ ਵੀ ਸੂਚਨਾ ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਜਾਂ ਸਰਕਾਰੀ ਅਯੋਜੀ, ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ PSAOS/NACO & SBT/C/NCTC ਨੂੰ ਮੇਰੇ ਤੋਂ ਪੁੱਛੇ ਬਿਨਾਂ ਨਾ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ ਜੀ।

ਸੈਡੀਕਲ ਅਵਸਰ ਹਸਤਾਖਰ

ਖੂਨਦਾਨੀ ਦੇ ਦਸਤਖਤ/ਅੰਗੂਠੇ ਦਾ ਨਿਸ਼ਾਨ

ਖੂਨਦਾਨੀ ਦੇ ਵੈਨਲੀ ਸੈਂਬਰ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਦੇ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਨੂੰ ਖੂਨਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਇੱਕ ਸਾਲ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੇਰਾਨ ਬਲੱਡ ਦੇ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ ਜੇਕਰ ਉਸ ਗਰੁੱਪ ਦਾ ਬਲੱਡ ਸਟੋਕ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇਗਾ।

# DONOR SCREENING AND REGISTRATION CARD

Department of IHBT (Blood Bank), <sup>Govt</sup> GGS Medical College and Hospital, Faridkot

BC LICENCE NO. 1602-B  
VOLUNTARY/REPLACEMENT DONOR

FOR USE BY BLOOD BANK - CENTRE \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

|  |                                    |                          |
|--|------------------------------------|--------------------------|
| Registration No: _____                       | Weight _____ Kg                    | Pulse: _____ min         |
| Phlebotomy Arm: Left/Right _____             | HB: _____ g/dl                     | BP: _____ /mm Hg         |
| Type of Bag : S/D/T/Q _____                  | Weight of filled bag _____ (gm/ml) | Blood bag tube no. _____ |
| Signature of Technical / Nursing Staff _____ | Signature of Doctor: _____         |                          |

Name.....Son/Daughter/Wife of.....

Age.....Date of Birth.....Male/Female.....Blood Group.....

Occupation.....Aadhar Card No.....

Address.....Phone No.....

Number of Previous Donations.....Date of Last Donation.....

Please answer and Tick (✓) the following question honestly and correctly.

These are for your safety and the safety of the patient who will receive your blood, this information is confidential.

1. Have you eaten in the last 4 hours? (Yes/No)
2. If Donated blood before, did your experience any discomfort? (Yes/No)
3. Have you slept last night? (Yes/No)
4. Are you suffering from fever, cough, common cold? (Yes/No)
5. Are you being treated or have you been treated by a doctor for any illness?(Heart, Lung, Kidney or Skin Disease, Cancer, Diabetes, Tuberculosis, Abnormal Bleeding Tendency, thyroid) (Yes/No)
6. Are you taking any Medicines or drugs now? (Yes/No)
7. Are you having any of the following: a) Cough (Yes/No) b) Loss of Weight (Yes/No)  
c) Loose motions/Gastritis (Yes/No) d) Unexplained Fever or Typhoid in last one year (Yes/No) e) Swollen glands (Yes/No)
- 8) Do you suffer from Shortness of Breath? (Yes/No)
- 9) Have you taken alcohol in the 48 Hours? (Yes/No)
- 10 Do you suffer from fainting spells or fits? (Yes/No)
- 11) Do you have prolonged bleeding from cut or wound? (Yes/No)

Q. Are you suffering from COVID-19?

12. Have you had Malaria in the Previous 3 Months? (Yes/No)
  13. Have you received anti Rabies Vaccination for dog Bite in the last 1 year? (Yes/No)
  14. Any Other Vaccination or inoculations? (Yes/No)
  15. Have you undergone major Surgery during the last 1 year? (Yes/No)
  16. Have you had ear/nose piercing or tattooing or dental extractions in the last 6 month (Yes/No)
  17. Have you received blood or blood product in last 1 year? (Yes/No)
  18. Have you heard of the disease AIDS? (Yes/No)
  19. Person who inject himself with drugs, have multiple sexual partners of same sex are more likely to be infected with virus causing AIDS. Do you practice any of the above? (Yes/No)
- Donor self Deferral**
1. Have you been tested positive for any of following test i.e. Syphilis, Hepatitis B/ Hepatitis C/HIV? (Yes/No)
  2. Have you taken treatment for STD /Syphilis/Hepatitis B/Hepatitis C/HIV? (Yes/No)
  3. Have you given money for procurement/intake of drugs or for taking sexual favors from Male/Female in the past 12 months? (Yes/No)
  4. Are you into I.V. drug abuse and do you use a common needle amongst your peer group for injecting such drugs? (Yes/No)

**Female Donors**

1. Are you having menstrual blood loss today? (Yes/No)
2. Were you pregnant in last 1 year? (Yes/No)
3. Had you been undergone any abortion in the last 6 months? (Yes/No)
4. Are you breast feeding now? (Yes/No)

**Donor Consent**

Signature/ Thumb Impression of the donor

1. I give my consent for voluntary blood donation and accept the risks associated with the procedure and state hereby that no inducement or remuneration has been offered. I have been explained about post donation precautions.
2. I give consent for testing of my blood for the mandatory screening tests like-Anti HIV, HBsAg, Anti HCV, VDRL & malaria Test.
3. Do you wish to be informed about your screening status for the above disease (Yes/No)  
(if yes, You can Collect Your test result personally after 15 days from the blood bank, G.G.S.M.C., Faridkot on any working Day)
4. I give consent for separation of my blood into blood components and for supply of unutilized plasma to Indian Pharmaceutical Companies for fractionation into life saving plasma derived medicinal products like immunoglobulins, Albumin ad Factors VIII.
5. I have read and understood all the information presented to me and answered all the questions truthfully.  
I prohibit any information provided by me or about my donation to be disclosed to any individual or govt. agency other than PSACS/INACO & SBTC/NCTC without my prior permission.

Signature of Medical Officer

Signature / thumb impression of the Donor

Donation of blood will ensure that donor's immediate family or close friends for blood requirement for a period of one year from the date of last donation, provided blood of particular group is available in stock.