

## சேர்க்கைப் படிவம்

மருத்துவமனை பதிவு எண்

அனைத்து விவரங்களையும் தெளிவாக பூர்த்தி செய்யவும்

### உங்கள் குடும்ப விவரங்கள்

உங்கள் பெயர் : .....

பிறந்த தேதி : //

தாய் மொழி : .....பிறந்த மாநிலம் : .....

தொழில் : .....

கணவர் பெயர் : .....

பிறந்த தேதி : //

தாய் மொழி : .....பிறந்த மாநிலம் : .....

தொழில் : .....

### உங்கள் மற்ற குழந்தைகள் பற்றிய விவரம்

எண்	பெயர்	வயது	பிறந்த தேதி
1.			
2.			
3.			

தொடர்பு கொள்ளும் முகவரி : .....

தொலைபேசி : .....

மின்அஞ்சல் முகவரி (email) .....

### இந்த கார்ப்பம் பற்றிய விவரங்கள்

பிரசவம் எதிர்பார்க்கும் தேதி : //

இந்த கார்ப்பம் ஆரோக்கியமாக இருக்கிறதா?  ஆம்  இல்லை

குழந்தை எண்ணிக்கை :  ஒன்று  இரட்டையர்

## மருத்துவர் மற்றும் மருத்துவமனை விவரங்கள்

மருத்துவர் பெயர் : .....

மருத்துவமனை பெயர் : .....

முகவரி : .....

தொலைபேசி : .....

மின்அஞ்சல் முகவரி (email) .....

### ஜீவன் ஸ்டெம் செல் வங்கி பற்றி தெரிய வந்தது எப்படி?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> மருத்துவர்                                 | <input type="checkbox"/> இணையதளம்         |
| <input type="checkbox"/> செய்தித்தாள்                               | <input type="checkbox"/> பத்திரிகை        |
| <input type="checkbox"/> நண்பர்                                     | <input type="checkbox"/> ரேடியோ / டி.வி.  |
| <input type="checkbox"/> மற்றொரு கொடையாளி                           | <input type="checkbox"/> மகப்பேறு வகுப்பு |
| <input type="checkbox"/> அல்டரா சவுண்ட் கிளினிக் / மருத்துவ ஆய்வகம் |   |

மற்றவை : .....

## குடும்பம் பற்றிய கேள்விகள்

**கவனமாக படித்து, பதில்களை உரிய கட்டத்தில் ✓ செய்யவும்**  
**உங்கள் பதில் ஆம் என்றால் விவரம் அளிக்கவும்.**

- |   |                              |   |
|---|------------------------------|---|
| 1) இது இயற்கையான கர்ப்பமா?  | <input type="checkbox"/> ஆம் | <input type="checkbox"/> இல்லை                              |
| 2) இது முதல் கர்ப்பமா?  | <input type="checkbox"/> ஆம் | <input type="checkbox"/> இல்லை                              |
| 3) முந்தைய கர்ப்பத்தில் ஏதேனும் அசாதாரண சோதனை முடிவு உண்டா?   | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை |
| 4) இதற்கு முன் பிறந்துள்ள குழந்தைகள் ஆரோக்கியமாக இருக்கிறார்களா?  | <input type="checkbox"/> N/A | <input type="checkbox"/> ஆம் <input type="checkbox"/> இல்லை |
| 5) உங்கள் நெருங்கிய சொந்தங்களில் யாராவது புற்றுநோய் /<br>இரத்த சம்பந்த நோய்களால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறார்களா? | <input type="checkbox"/> ஆம் | <input type="checkbox"/> இல்லை                              |
| 6) உங்கள் சொந்தத்தில் யாருக்காவது 30 வயதுக்குள் அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட்டதா?                                 | <input type="checkbox"/> ஆம் | <input type="checkbox"/> இல்லை                              |

## தாய் நல கேள்விகள்

**கவனமாக படித்து, பதில்களை உரிய கட்டத்தில் ✓ செய்யவும்  
உங்கள் பதில் ஆம் என்றால் விவரம் அளிக்கவும்.**

1. கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் உடல் நலக் குறைவு ஏற்பட்டு, மருத்துவரை சந்தித்தீர்களா?  ஆம்  இல்லை
2. கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் இரத்தம் ஏற்றிக் கொண்டிருக்கிறீர்களா?  ஆம்  இல்லை
3. கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் இரத்த தானம் செய்ய நிராகரிக்கப் பட்டுள்ளீர்களா?  ஆம்  இல்லை
4. கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் பல் சிகிச்சை செய்து கொண்டீர்களா?  ஆம்  இல்லை
5. கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் அறுவை சிகிச்சை ஏதேனும் செய்து கொண்டீர்களா?  ஆம்  இல்லை
6. கடந்த 12 மாதங்களில் உங்களுக்கு காது அல்லது பச்சை குத்துதல் உட்பட ஏதாவது ஊசி குத்து / காயம் ஏற்பட்டதா?  ஆம்  இல்லை
7. கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் நாய்க் கடிக்கு சிகிச்சை எடுத்துக்கொண்டீர்களா? (அ) வேறு ஏதேனும் விலங்கினால் கடிக்கப்பட்டீர்களா அல்லது கீறப்பட்டீர்களா?  ஆம்  இல்லை
8. கடந்த 12 மாதங்களில் நீங்கள் கீழ்க்கண்டவர்களில் யாருடனேனும் உடல் உறவு கொண்டீர்களா?  ஆம்  இல்லை
  - a) மஞ்சள் காமாலை உள்ளவர்
  - b) அதிகமான இரத்த போக்கை குறைப்பதற்காக மருந்து எடுத்துக் கொள்பவர்
  - c) ஊசி மூலம் போதை மருந்து, ஸ்டிராய்டு, **மருத்துவர் பரிந்துரைக்காவிடினும் எடுத்துக் கொண்டவர்**
  - d) ஹெச்ஐவி-யால் பாதிக்கப்பட்டவர் (அ) பரிசோதனையில் ஹெச்ஐவி உறுதி செய்யப்பட்டவர்
9. எப்பொழுதாவது போதை மருந்து உட்கொண்டுள்ளீர்களா?  ஆம்  இல்லை
10. கடந்த 8 வாரங்களில் எந்த தடுப்பூசி போட்டுக் கொண்டீர்கள்  T.T.  மஞ்சள் காமாலை  மற்றவை
11. எப்பொழுதாவது ஹெச்ஐவி / எய்ட்ஸ் பரிசோதனை **உறுதி** செய்யப்பட்டுள்ளதா?  ஆம்  இல்லை

12. எப்பொழுதாவது இரத்தம் சம்பந்தப்பட்ட உபாதைகள் இருந்ததுண்டா?  
இதற்காக மருந்து எடுத்துக் கொண்டதுண்டா?  ஆம்  இல்லை
13. எப்பொழுதாவது காச நோய் இருந்ததா?  ஆம்  இல்லை
14. ஏதாவது வகை புற்றுநோய் இருந்ததா?  ஆம்  இல்லை

1. சேகரிக்கப்பட்ட தொப்புள்கொடி இரத்தம் பதப்படுத்துதலுக்கு உரியதாயின், இரத்தம் ஏற்றுதல் மூலம் பரவும் மஞ்சள் காமாலை பி மற்றும் சி பிரிவு, மற்றும் HIV பரிசோதனைகள் செய்யப்படும்.
2. சேகரிக்கப்பட்ட தொப்புள்கொடி இரத்தத்தில் HLA (Human Leukocyte Antigen) மரபணு சோதனை செய்யப்படும்.
3. தானமாக அளிக்கப்பட்ட தொப்புள்கொடி இரத்தம், ஏதாவது நோயாளியின் சிகிச்சை முறைக்காக அல்லது ஆராய்ச்சி பணிக்காக உபயோகப்படுத்தப்படும்.
4. **சேகரிக்கப்பட்ட தொப்புள்கொடி இரத்தம் மருத்துவ சோதனைகளில் தேர்ச்சி பெறாவிட்டால், பதப்படுத்துதலுக்காக எடுத்துக் கொள்ளப்படாது.**
5. எங்கள் குழந்தையின் தொப்புள்கொடி இரத்தத்தை தானமாக கொடுத்த பின், அதன் மேல் எங்களுக்கு எந்த விதமான அதிகாரமோ சலுகையோ இல்லை என்பதை புரிந்து கொள்கிறோம். எனினும், எங்கள் குடும்ப அங்கத்தினரின் (குழந்தை, பெற்றோர், கூட பிறந்தவர்கள்) சிகிச்சைக்கு தேவைப்பட்டால், ஜீவன் ஸ்டெம் செல் வாங்கி, பொருத்தமான செல் யூனிட் கிடைக்கப் பெறுவதற்கான முயற்சிகளை மேற்கொள்ளும். தேவைப்படும் நேரத்தில் நடைமுறையில் உள்ள பரிசோதனை, போக்குவரத்து கட்டணம் மற்றும் பதப்படுத்துதலுக்கான கட்டணம் அனைத்தையும் செலுத்த சம்மதிக்கிறோம்.

உங்களின் கையொப்பம்

கணவரின் கையொப்பம்

தேதி :

**ஜீவன் ஸ்டெம் செல் வாங்கியின் ஆய்வுக்காக**

நேர்காணல் செய்தவரின் கையொப்பம் & தேதி

ஆய்வு செய்தவரின் குறிப்பு & கையொப்பம் & தேதி