

राज्य रक्त संचरण परिषद, उ०प्र० द्वारा आउटडोर स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों की अनुमति हेतु
प्रारूप

(वालण्टरी/चैरिटेबल/चिकित्सालय आधारित रक्तकोष हेतु)

आवेदन पत्र प्रपत्र- C

1. रक्तकोष का नाम:-----SBTC Reg. No.:-----
 - रक्तकोष का पूर्ण पता:-----
-----पिन नं.:-----
फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:-----
 - रक्तकोष का प्रकार: चैरिटेबल/वालण्टरी: ----- चिकित्सालय आधारित: -----
 - रक्तकोष लाइसेंस संख्या:-----
 - रक्तकोष लाइसेंस की वैधता अवधि: ----- से----- तक
 - वर्तमान में रक्तकोष लाइसेंस वैध है: हाँ----- नहीं:-----
 2. रक्तकोष संचालित करने वाली संस्था (सोसाइटी/ट्रस्ट) का नाम:-----
 - संस्था का पूर्ण पता:-----
-----पिन नं.:-----
फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:-----
 - संस्था का प्रकार: सोसाइटी/ट्रस्ट/अन्य:----- पारिवारिक सोसाइटी/ट्रस्ट:----- चैरिटेबल/वालण्टरी:-----
 - संस्था के पंजीकरण की संख्या: -----
 - संस्था की पंजीकरण अवधि (तिथि): ----- से ----- तक
 - संस्था का पंजीकरण वर्तमान में वैध है: हाँ----- नहीं -----
 3. आवेदनकर्ता का नाम:-----
 - पूर्ण पता:-----
-----पिन नं.:-----
फोन नं./मोबाइल नं.:-----ई-मेल:----- आधार नं0-----
 4. स्वैच्छिक रक्तदान शिविर लगाने हेतु रक्तकोष द्वारा नामित स्टाफ को सूची:-
 - 1) चिकित्साधिकारी/पैथालोजिस्ट(1) : 1. -----
 - 2) स्टाफ नर्स/Phlebotomist (2) : 1. ----- 2. -----
 - 3) डोनर मोटीवेटर हेतु परामर्शदाता (1) : 1. -----
 - 4) मेडिकल सोशल वर्कर (MSW) (1) : 1. -----
 - 5) रक्तदान शिविरों हेतु नामित लैब टैक्नीशियन (3): 1. ----- 2. ----- 3. -----
 - 6) सहायक (Attendant) (2) : 1. ----- 2. -----
 5. पूर्व वित्तीय वर्ष में आयोजित आउटडोर रक्तदान शिविरों की संख्या: ----- तथा कुल रक्त संग्रहण की संख्या:-----
 6. वर्तमान वित्तीय वर्ष में जिलाधिकारी/मुख्य चिकित्साधिकारी की अनुमति से आयोजित शिविरों की संख्या: ----- तथा कुल रक्त संग्रहण की संख्या:-----
 7. वर्तमान वित्तीय वर्ष में आवश्यक रक्तदान शिविरों की अनुमानित संख्या: ----- तथा संभावित रक्त संग्रहण की संख्या:-----
- संलग्नक:** सूची अनुसार।

दिनांक:-----

रक्तकोष प्रभारी के हस्ताक्षर व मुहर

नोट: आवेदन ऑनलाइन भरे जायेंगे तथा 07 कार्यदिवस में शपथ-पत्र की मूल प्रति एवं अन्य प्रपत्र की सत्यापित प्रतिलिपि परिषद कार्यालय में जमा कराने पर ही आवेदन स्वीकार किया जायेगा। 07 कार्यदिवस के अन्दर प्रपत्र प्राप्त न होने पर अथवा अपूर्ण पाये जाने पर आवेदन-पत्र स्वतः निरस्त माना जायगा।

आवेदन पत्र के साथ प्रेषित किए जाने वाले स्व-प्रमाणित संलग्नक

संलग्नक अपलोड करने का उत्तर हों या नहीं में दें	हाँ	नहीं
1. रक्तकोष को प्रदत्त लाइसेन्स की छायाप्रति।		
2. संस्था के पंजीकरण एवं मेमोरेण्डम ऑफ एसोसियेशन की छायाप्रति।		
3. रक्तकोष द्वारा पूर्व में स्वास्थ्य क्षेत्र/स्वैच्छिक रक्तदान के क्षेत्र में कृत कार्यों का विवरण (अलग पृष्ठ पर) जो स्वास्थ्य विभाग के साथ मिलकर किए गए हों (अखबार की कटिंग, फोटोग्राफ, प्रशस्ति प्रपत्र एवं मुख्य चिकित्सा अधिकारी से सत्यापित गतिविधियों का विवरण आदि)।		
4. वर्तमान वित्तीय वर्ष में जिलाधिकारी/मुख्य चिकित्साधिकारी से प्राप्त आउटडोर स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों के अनुमति की छायाप्रति।		
5. पूर्व में आयोजित आउटडोर स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों के आयोजन उपरान्त प्रारूप C-1 पर प्रेषित करा जा रही सूचना की छायाप्रति।		
6. ₹100 के स्टाम्प पपर पर नोटरी द्वारा सत्यापित निम्न शर्तों का शपथ-पत्र संलग्न है।		

- 1) नाको, भारत सरकार एवं राज्य रक्त संचरण परिषद, उत्तर प्रदेश द्वारा समय-समय पर दिये गये दिशा निर्देशों का पालन किया जायेगा।
- 2) स्वैच्छिक रक्तदान शिविर के आयोजन हेतु ड्रग एवं कास्मेटिक्स एक्ट, 1940 एवं नियमावली 1945 में दिये गये निर्देशों का पालन करते हुए एवं शिविर का आयोजन उपयुक्त स्थान पर समस्त चिकित्सीय सुविधाओं के साथ ही किया जायेगा तथा शिविर स्थल की स्थल प्रभारी से पूर्व अनुमति के उपरान्त ही शिविर लगाया जायेगा।
- 3) रक्तकोष द्वारा रक्तदान शिविर के आयोजित करने से एक सप्ताह पूर्व स्थानीय मुख्य चिकित्सा अधिकारी/जिलाधिकारी, औषधि निरीक्षक एवं राज्य रक्त संचरण परिषद को लिखित रूप से सूचित किया जाएगा।
- 4) आवेदन-पत्र में दिये गये विवरण के अनुसार रक्तदान शिविरों हेतु वांछित स्टाफ की उपलब्धता सुनिश्चित की जाएगी।
- 5) शीत श्रृंखला बनाये रखते हुए कम से कम 100 रक्त यूनिटों के परिवहन हेतु ब्लड ट्रांसपोर्टेशन वैन/अन्य वाहन की उपलब्धता सुनिश्चित की जाएगी।
- 6) अन्य रक्तकोषों के साथ आउटडोर स्वैच्छिक रक्तदान शिविर में एक दिन में सभी रक्तकोष द्वारा संयुक्त रूप से 500 से अधिक रक्त यूनिट एकत्रित नहीं किया जाएगा तथा अधिक से अधिक स्वैच्छिक रक्तदाताओं का पंजीकरण किया जाएगा।
- 7) रक्तकोष द्वारा एक रक्तदान शिविर में 03 घण्टों में 50-60 तथा 06 घण्टों में 100-200 रक्त यूनिट अथवा वास्तविक आवश्यकता के अनुसार रक्त यूनिट संग्रहीत किया जाएगा।
- 8) रक्तकोष द्वारा रक्तदान शिविरों के निर्धारण के समय यह सुनिश्चित कर लिया जाएगा कि शिविर स्थल से रक्त संग्रहण के पश्चात् रक्त यूनिटों को कम्पोनेंट सेपरेशन हेतु निर्धारित समय में रक्तकोष तक पहुंचाया जा सकेगा।
- 9) रक्तदान शिविर में हवा, रोशनी एवं सफाई इत्यादि की उचित व्यवस्था की जाएगी।
- 10) सभी रक्तदाताओं हेतु रक्तदान के पश्चात् रिक्रेशमेंट की व्यवस्था की जाएगी।
- 11) रक्तदान के पश्चात् रक्तदाताओं को किसी भी प्रकार का प्रलोभन नहीं दिया जाएगा। प्रशंसा स्वरूप केवल प्रमाण-पत्र, बैचेज, मग आदि ही दिया जाएगा।
- 12) आकस्मिकता की स्थिति हेतु उचित प्रबन्ध किया जाएगा।
- 13) रक्तदान शिविरों में बायोमैडिकल वेस्ट के नियमों का पूर्णतया पालन किया जाएगा।
- 14) रक्तदान शिविरों में रक्तदाताओं की प्री एवं पोस्ट टेस्ट काउंसलिंग हेतु काउंसलर की व्यवस्था की जाएगी।
- 15) रक्तकोष द्वारा रक्तदान शिविर के आयोजित होने के 05 दिन के अन्दर शिविर में रक्तदान करने वाले रक्तदाताओं की सूची के साथ प्रारूप: C-1 पर विवरण भरकर स्थानीय मुख्य चिकित्सा अधिकारी/जिलाधिकारी, औषधि निरीक्षक को ई-मेल द्वारा एवं राज्य रक्त संचरण परिषद को आनलाइन प्रेषित किया जाएगा एवं रक्तदान शिविरों का फोटोग्राफ तथा रिपोर्ट आदि परिषद को प्रेषित की जाएगी।
- 16) परिषद अथवा मुख्य चिकित्सा अधिकारी/अधीक्षक की मांग पर किसी विशेष ब्लड ग्रुप का रक्त उपलब्ध होने पर प्रतिस्थानों के सापेक्ष आपूर्ति किया जाएगा।
- 17) आवेदन की तिथि तक रक्तकोष/संस्था पर कोई विधिक कार्यवाही नहीं की गयी है।

में घोषणा करता हूँ कि मेरे द्वारा प्रस्तुत समस्त सूचनाएं व प्रपत्र सत्य तथा पूर्ण हैं। सूचना असत्य या अपूर्ण पाये जाने की दशा में आवेदन-पत्र कभी भी निरस्त किया जा सकता है।

रक्तकोष प्रभारी के हस्ताक्षर व मुहर

पत्र व्यवहार का पता

राज्य रक्त संचरण परिषद, उत्तर प्रदेश

चतुर्थ तल, ए-ब्लॉक, पिकप भवन, विभूति खण्ड, गोमती नगर, लखनऊ-226 010

दूरभाष: 0522-2720360 फैक्स: 0522-2721135

ई-मेल: bsupsacs@gmail.com एवं वेबसाइट: www.sbtcup.org