

जिलाधिकारी/मुख्य चिकित्साधिकारी द्वारा आउटडोर स्वैच्छिक रक्तदान शिविरों क  
स्थलीय निरीक्षण की आख्या

प्रपत्र- C-3

1. रक्तकोष का नाम:-----SBTC Reg. No.:-----
  2. शिविर स्थल का नाम:-----
  3. रक्तदान में सहयोग करने वाली संस्था का नाम:-----
  4. संस्था व्यवस्थापक का नाम एवं फोन/मो0 नं0:-----
  5. संग्रहित रक्त यूनिटों की संख्या: -----
  6. स्वैच्छिक रक्तदान शिविर क निरीक्षण के समय निम्न स्टाफ की उपस्थिति:-
    - 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. -----
  7. आउटडोर शिविरों हेतु ब्लड ट्रांसपोर्टेशन वैन/ब्लड मोबाइल बस की उपलब्धता: हॉ/नहीं-----
  8. शिविर हेतु चयनित स्थल पर टिप्पणी: -----  
-----
  9. शिविर स्थल के स्वच्छता/Biomedical Waste पबन्धन पर टिप्पणी: -----  
-----
  10. आपात कालीन दवाओं/आक्सीजन सिलेण्डर इत्यादि की उपलब्धता:-----  
-----
  11. रक्तदाताओं हेतु सूक्ष्म जलपाल की उपलब्धता:-----
  12. रक्तदाताओं के सहमति प्रपत्र उपलब्ध थे एवं भरवाये जा रहे थे:-----
  13. शिविर में रक्तदाताओं का प्री एवं पोस्ट काउन्सिलिंग तथा मेडिकल जॉच की जा रही थी:-----
- शिविर के निरीक्षण उपरान्त शिविर संतोषजनक पाया गया: हॉ/नहीं: -----

दिनांक:-----

जिलाधिकारी/मुख्य चिकित्साधिकारी क हस्ताक्षर व मुहर