



થેલેસીમીયા સ્ક્રીનીંગ ફોર્મ

પુરુ નામ :		
જાતિ : પુરુષ / સ્ત્રી :	જન્મ તારીખ :	ઉંમર વર્ષ :
પિતાનું નામ :		માતાનું નામ :
જન્મ સ્થળ :	જિલ્લો :	મોબાઈલ નંબર :
શાળા / કોલેજનું નામ :		
સરનામું :		
અભ્યાસનું વર્ષ		
ફોન / મોબાઈલ નંબર :	પરણિત / અપરણિત	
ઘરમાં કોઈને થેલેસીમીયા છે? હા / ના :		
જ્ઞાતિ :	પેટા જ્ઞાતિ :	

- નોંધ : ૧) આ તમામ વિગતો ખાનગી રાખવામાં આવશે. આ માહિતી ફક્ત સર્વેક્ષણ માટે માંગવામાં આવે છે.
૨) કદાચ પોઝીટીવ રીપોર્ટ અથવા માર્ઈનોર રીપોર્ટ આવે તો ઘરના તમામ સભ્યોએ થેલેસીમીયા ટેસ્ટ કરાવવો જરૂરી છે.
૩) મેડીકોલીગલ કેઈસમાં આ રીપોર્ટ માન્ય ગણાશે નહીં.

હું ખાત્રી આપું છું કે મારી જાણ માટે થેલેસીમીયા ટેસ્ટિંગ કરાવું છું અને આ અંગે જરૂરી બ્લડ સેમ્પલ આપવાનું સ્વિકારું છું અને મારી પોતાની સંમતિથી આ ટેસ્ટ કરાવું છું.

તારીખ :

સમય :

સહી

FOR OFFICE USE ONLY

Fee Rs.	Result of Test	Verification By
Rceipt No. & Date	Reporting By	B.T.O.
Testing By	Date & Time	