

ZGODA NA PRZETOCZENIE KRWI I PREPARATÓW KRWIPOCHODNYCH

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr PESEL (jeżeli został nadany):

Transfuzja krwi:

1. Przyczyny dokonania transfuzji

- utrata dużej ilości krwi w trakcie operacji
- objawowa niedokrwistość
- uzupełnienie składników krwi:

2. Typowe możliwe następstwa i powikłania przeprowadzenia procedury

Odczyny alergiczne, zakażenie bakteryjne, odczyn gorączkowy niehemolityczny – występują u około 2% biorców; może być spowodowany obecnością przeciwciał dla antygenów krwinek białych lub płytek krwi, hiperkaliemia, hipokalcemia wstrząs septyczny, wstrząs anafilaktyczny, ostra niewydolność oddechowa poprzetoczeniowa (w 1:2000 przypadków), zakrzepy i zatory w naczyniach serca i płuc (szczególnie gdy przetaczane są preparaty wspierające układ krzepnięcia krwi), przeniesienie zakażenia HIV; 1:2–3 miliony przetoczeń; zakażenie wirusem doprowadza do nieuleczalnej choroby atakującej system immunologiczny – AIDS, zakażenie malarią, plamica poprzetoczeniowa, zapalenie wątroby typu B i C; 1:40 000–200 000 przetoczeń, zakażenie CMV, choroba Chagasa, odczyn hemolityczny, plamica poprzetoczeniowa małopłytkowa, GvHD – choroba „przeszczep przeciwko biorcy”, inne trudne do przewidzenia.

3. Następstwa zaniechania przeprowadzenia procedury:

- udar niedokrwieny wielu narządów w tym mózgu i serca (zawał),
- wstrząs hypowolemiczny,
- zgon,
- zaburzenia krzepnięcia krwi i ich następstwa,
- opóźnienie gojenia i rekonwalescencji,
- inne, trudne do przewidzenia

Oświadczenie pacjenta

Niniejszym oświadczam, że lekarz prowadzący udzielił mi wyczerpujących informacji dotyczących:

- mojego stanu zdrowia i rozpoznanym schorzeniu, zasadności i przebiegu procedury transfuzji (w tym o sposobie przeprowadzenia) oraz możliwych powikłań i następstw związanych z zastosowaniem procedury;
- kwestii związanych z koniecznością rozszerzenia w/w procedury i dokonania przez lekarza dodatkowych czynności w uzasadnionych medycznie przypadkach;
- prognozowanych następstw zaniechania przeprowadzenia procedury. Oświadczam również, że miałem/am możliwość zadawania pytań dotyczących procedury i jej przebiegu, udzielenia świadczeń alternatywnych oraz możliwych powikłań związanych z przeprowadzeniem procedury, a udzielone mi odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i w pełni satysfakcjonujące. Wobec braku pytań i wątpliwości udzielam zgody na transfuzji krwi spółce REHASPORT CLINIC Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w Poznaniu oraz prowadzonemu przez tą spółkę NZOZ REHASPORT CLINIC w Poznaniu, a także lekarzom zatrudnionym i współpracującym z w/w spółką/zakładem.

Uważnie przeczytałem całość formularza, zrozumiałem jego treść, zapoznałem się z jego treścią oraz Ustnymi wyjaśnieniami lekarza.

Imię i nazwisko pacjenta*:

Poznań ____/____/____*

* wypełnia pacjent/opiekun prawny

Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Podpis lekarza lub osoby przeprowadzającej badanie