Formularz Zgody na transfuzję krwi

Transfuzja krwi

1. Przyczyny dokonania transfuzji:

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

2. Typowe możliwe następstwa i powikłania przeprowadzania procedury:

- odczyny alergiczne,
- zakażenia bakteryjne,
- odczyn gorączkowy niehemolityczny (ok. 2% biorców; może być spowodowany obecnością przeciwciał dla antygenów krwinek białych lub płytek krwi),
- hiperkaliemia,
- hipokalcemia,
- wstrząs septyczny,
- wstrząs anafilaktyczny,
- ostra niewydolność oddechowa poprzetoczeniowa (1: 2000 przypadków),
- zakrzepy i zatory w naczyniach serca i płuc (szczególnie w przypadku przetaczania preparatów wspierających układ krzepnięcia krwi),
- przeniesienie zakażenia HIV (1: 2-3 mln przetoczeń)
- zakażenie malarią
- plamica poprzetoczeniowa
- zapalenie wątroby typu B i C (1: 40 000 – 200 000 przetoczeń),
- zakażenie cytomegalią,
- choroba Chagasa,
- odczyn hemolityczny,
- plamica poprzetoczeniowa małopłytkowa,
- choroba „przeszczep przeciwko biorcy” (GvHD),
- inne trudne do przewidzenia.

3. Następstwa zaniechania przeprowadzenia procedury:

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

Wymieniono większość powikłań, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisywanych w literaturze fachowej, związanych z nietypową anatomią lub nietypową reakcją organizmu pacjenta. Ze wszystkimi pytaniami i wątpliwościami należy się zgłaszać do lekarza prowadzącego.

OŚWIADCZENIA PACJENTA

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

- **mojego stanu zdrowia i rozpoznanym schorzeniu, zasadności i przebiegu transfuzji (w tym o sposobie przeprowadzania 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, udzielania świadczeń alternatywnych oraz możliwości powikłań związanych z przeprowadzeniem procedury transfuzji krwi, a udzielone mi odpowiedzi były dla mnie zrozumiałe i w pełni satysfakcjonujące.

Wobec braku pytań i wątpliwości udzielam zgody na transfuzję krwi Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Szpital im. I. Mościckiego Sp. z o. o., a także lekarzom zatrudnionym i współpracującym z w/w podmiotem leczniczym.

Oświadczam, że rozumiem cel przeprowadzenia zabiegu, a w trakcie przedstawionych mi wyjaśnień miałem/am nieskrępowaną możliwość zadawania pytań i otrzymałem/am na nie zrozumiałe i wyczerpujące odpowiedzi.

Oświadczam, że treść zgody została mi przedstawiona przed przystąpieniem do leczenia, a czas, który upłynął między przekazaniem treści zgody a wykonaniem świadczenia był w zupełności wystarczający, abym mógł/mogła w sposób w pełni dla mnie zrozumiały zapoznać się z jej treścią.

☐ **Wyrażam zgodę na transfuzję krwi.**

Oświadczenie pobrano:

data ____ /____ /_____ godzina: ____ : ____ Miejscowość: _____

……
Czytelny podpis pacjenta/ Przedstawiciela ustawowego

……
Podpis i pieczęć lekarza odbierającego oświadczenie

……
Podpis pacjenta, który ukończył 16 lat

☐ **Nie wyrażam zgody na transfuzję krwi.**

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego życia i zdrowia.

(Uzasadnienie przez pacjenta odmowy wyrażenia zgody na przeprowadzenie proponowanego zabiegu):

……

……

Oświadczenie pobrano:

data ____ /____ /_____ godzina: ____ : ____ Miejscowość: _____

……
Czytelny podpis pacjenta/ Przedstawiciela ustawowego

……
Podpis i pieczęć lekarza odbierającego oświadczenie

……
Podpis pacjenta, który ukończył 16 lat