

ZGODA PACJENTA NA PRZETACZANIE SKŁADNIKÓW KRWI

Imię i nazwisko pacjenta, PESEL

1. PRZYCZYNY DOKONANIA TRANSFUZJI

- możliwa utrata dużej ilości krwi w trakcie operacji
- objawowa niedokrwistość
- inne przyczyny.....

2. TYPOWE MOŻLIWE NASTĘPSTWA I POWIKŁANIA PRZEPROWADZANIA PROCEDURY

Wczesne powikłania poprzetoczeniowe:

- 1) reakcje hemolityczne;
- 2) zakażenia bakteryjne;
- 3) odczyn anafilaktyczny;
- 4) ostre poprzetoczeniowe uszkodzenie płuc – TRALI;
- 5) duszność poprzetoczeniowa;
- 6) niehemolityczne reakcje gorączkowe;
- 7) wysypka.

Opóźnione powikłania poprzetoczeniowe:

- 1) reakcje hemolityczne;
- 2) poprzetoczeniowa skaza małopłytkowa;
- 3) poprzetoczeniowa choroba przeszczep przeciw biorcy;
- 4) przeniesienie biologicznych czynników chorobotwórczych.

Inne, nie zdefiniowane powikłania, łącznie ze zgonem.

3. NASTĘPSTWA ZANIECHANIA PRZEPROWADZENIA PROCEDURY

- 1) opóźnienie gojenia i rekonwalescencji,
- 2) zaburzenia krzepnięcia krwi i ich następstwa,
- 3) udar niedokrwieny wielu narządów w tym mózgu i serca (zawał),
- 4) inne, trudne do przewidzenia, łącznie ze zgonem

OŚWIADCZENIE PACJENTA

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

- mojego stanu zdrowia i rozpoznany schorzeniu, zasadności i przebiegu transfuzji (w tym o sposobie jej przeprowadzenia) oraz możliwych powikłaniach i następstwach;

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.

Wyrażam świadomą i swobodną zgodę na transfuzję składników krwi.

.....
Data

.....
Podpis lekarza

.....
Podpis pacjenta