

Информированное согласие пациента (законного представителя пациента) на переливание

Пациент Имя и фамилия:	Личный код (страховой номер):
Дата рождения: (если нет личного кода)	Код медицинской страховой компании:
Адрес постоянного места жительства пациента: (в случае необходимости другой адрес)	
Имя законного представителя (опекуна):	Личный код:

Название процедуры

Переливание (эритроцитов, тромбоцитов, плазмы, гранулоцитов)

Цель процедуры

Возмещение недостающих компонентов крови по назначению врача.

Характер процедуры

Препараты крови изготовлены из крови добровольных доноров крови при соблюдении законных условий непосредственно в отделении переливания простым разделением взятой крови на отдельные лечебные компоненты – красные кровяные тельца (эритроциты), кровяные пластинки (тромбоциты), белые кровяные тельца (гранулоциты) и плазму – или же взятием этих отдельных компонентов с помощью специального устройства (сепаратора элементов крови). Данные препараты (кроме плазмы, которая хранится в замороженном виде) в их естественном (природном) состоянии содержатся в питательном растворе с антикоагулянтом, следовательно, они не подвергаются физической и химической обработке.

Препараты крови вводятся путем внутривенного вливания при помощи одноразовой системы для переливания.

Во время ввода препарата крови вы будете находиться под контролем медсестры и врача, поэтому если во время переливания или после него у вас появятся неприятные или непривычные ощущения, немедленно сообщите об этой проблеме медсестре.

Предполагаемая польза от процедуры

Красные кровяные тельца (эритроцитарный препарат крови) – лечение анемии, при потерях крови, улучшает перенос кислорода в жизненно важные органы

Кровяные пластинки (тромбоцитарный препарат крови) – профилактика или лечение кровотечений, вызванных недостатком или нарушением функции кровяных пластинок

Белые кровяные тельца (гранулоцитарный препарат крови) – лечение воспалений, устойчивых к лечению антимикробными препаратами при недостаточной или нарушенной функции белых кровяных телец

Плазма – лечение нарушений свертывания крови, вызванного недостатком коагуляционных факторов или повышенной потребностью в них, а также лечение микроангиопатических тромбоцитопений непосредственно или в рамках обменного плазмафереза.

Альтернатива процедуры

Эритроцитарный препарат крови: можно применять гормон, регулирующий образование красных кровяных телец – эритропоэтин. Назначается лишь в определенных ситуациях, ни в коем случае нельзя применять в состояниях, когда есть угроза жизни, так как его действие проявляется через несколько недель.

Тромбоцитарный препарат крови практически не имеет альтернативных возможностей лечения.

Гранулоцитарный препарат крови применяется в тех случаях, когда другие лекарственные средства (антибиотики, антимикотики, факторы роста) не действуют.

Вместо **плазмы** можно использовать непосредственно производные, содержащие отдельные коагуляционные факторы с их естественными ингибиторами, альбумин и иммуноглобулины.

Аутоотрансфузия – препарат крови, изготовленный из крови пациента – может применяться лишь в ходе некоторых плановых операциях при условии хороших значений картины крови пациента и удовлетворительного состояния пациента в целом.

Результаты процедуры

Все препараты крови биологического происхождения содержат человеческие белки и воспринимаются иммунной системой пациента. Тщательно подбираются препараты крови с наиболее схожими иммунными свойствами пациента и донора, чтобы свести к минимуму риск их отторжения организмом пациента. Так же тщательно

обследуются все доноры крови при каждом взятии крови, что исключает риск заражения инфекциями. Препараты крови, как и любое лекарство, могут иметь побочные эффекты, возможны осложнения при их введении. Данные процедуры редки, в общей сложности составляют около 1–2 % проводимых переливаний.

Возможные риски выбранной процедуры

Перенос инфекции – бактериальные, вирусные, паразитарные, прионные (напр., перенос гепатита, сифилиса, СПИДа), осложнения являются исключительными (0,5–0,001 %).

Иммунные осложнения – могут проявляться следующим образом: повышенная температура, озноб, лихорадка, зуд, крапивница, головная боль, боль в груди, спине, затруднение дыхания, учащенное сердцебиение.

Сердечно-сосудистые и метаболические осложнения (напр., объемная перегрузка, избыток железа, затруднение дыхания, отеки, судороги, пониженное или повышенное кровяное давление).

Согласие

прим. Свой ответ обведите кружком:

Я был (-а) ясно информирован (-а) об альтернативах процедур, проводимых в FN Olomouc, из которых я могу выбирать.	ДА	НЕТ
Я был (-а) информирован (-а) о возможном ограничении привычного образа жизни и работоспособности после проведения соответствующей процедуры, а в случае возможных или ожидаемых изменений – также об изменениях в состоянии здоровья и дееспособности.	ДА	НЕТ
Я был (-а) информирован (-а) о подходящем лечебном режиме и профилактических мерах, а также о проведении проверочных медицинских процедур.	ДА	НЕТ
Я понял (-а) все разъяснения и информацию, предоставленную врачом, у меня была возможность задать дополнительные вопросы, на которые мне были даны ответы.	ДА	НЕТ
Проводили ли мне раньше переливание эритроцитов, тромбоцитов, гранулоцитов или плазмы?	ДА	НЕТ
- Были ли осложнения при переливании?	ДА	НЕТ
- Если были, то какие?		
Я проинформирован (-а) о том, что переливание крови (ввод препаратов крови) может проводить не тот врач, который лечил меня до этого	ДА	НЕТ

После ознакомления с вышеуказанным я заявляю:

- согласен (-на) с повторным переливанием препаратов крови во время госпитализации	ДА	НЕТ
- согласен (-на) с повторным переливанием препаратов крови во время амбулаторного лечения моего заболевания	ДА	НЕТ
- соглашаюсь с предложенным уходом и проведением процедур, а в случае неожиданных осложнений, требующих неотлагательного вмешательства другого характера, если это необходимо для сохранения моей жизни или здоровья, также на и на это вмешательство.	ДА	НЕТ
- я не утаил (-а) от врачей никакой известной мне информации о моем состоянии здоровья, которая может неблагоприятно повлиять на мое лечение или представлять угрозу для окружающих, в частности угрозу распространения инфекционного заболевания.	ДА	НЕТ
- в случае необходимости даю разрешение на взятие биологического материала (кровь, моча и т. д.) для необходимых исследований, целью которых является исключение инфекционного заболевания.	ДА	НЕТ

Дата:	Время	Подпись пациента или законного представителя (опекуна)

Имя, фамилия врача, проводившего инструктаж	Подпись врача, проводившего инструктаж:

**Если пациент не может поставить подпись,
укажите причины, почему он не смог этого сделать:**

Как пациент изъявил свою волю:

Имя и фамилия медицинского работника/свидетеля	Подпись медицинского работника/свидетеля	Дата:	Время