

Заповніть форму, якщо можливо, латинськими літерами

Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта) з переливанням

Пацієнт – Ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованого):
Дата народження: (якщо не має персонального номера)	Код страхової компанії:
Адреса постійного проживання пацієнта: (або інша адреса)	
Ім'я законного представника (опікуна):	Особистий ідентифікаційний номер:

Назва процедури

**Переливання (еритроцитів, тромбоцитів, плазми, гранулоцитів)
Transfuze (erytrocytů, trombocytů, plazmy, granulocytů)**

Мета процедури

Заміна відсутніх компонентів крові відповідно до вказівок лікаря, що порекомендував процедуру.

Характер процедури

Препарати для переливання виготовляються з крові добровільних донорів крові на законних умовах безпосередньо у відділенні переливання, або шляхом простого поділу зібраної цільної крові на окремі лікувальні компоненти – червоні кров'яні тілця (еритроцити), тромбоцити (тромбоцити), білі кров'яні тілця (гранулоцити) або шляхом збору цих окремих лікувальних компонентів на апараті (сепаратор елементів крові). Ці препарати (крім плазми, що зберігається в замороженому вигляді) знаходяться у своєму нативному (природному) стані, містять живильний та протизгортаючий розчин, тому не піддаються ні фізичній, ні хімічній обробці.

Трансфузійні препарати вводяться у вену шляхом краплинного вливання за допомогою одноразового набору для переливання.

Під час введення препарату для переливання крові ви перебуватимете під пильним наглядом медсестри та лікаря, тому якщо під час або після переливання крові ви відчуєте щось неприємне або незвичайне, будь ласка, негайно повідомте про це медсестру.

Очікуваний результат від процедури

Червоні кров'яні тілця (препарат для переливання еритроцитів) – лікування анемії, при крововтраті, покращує доставку кисню до життєво важливих органів.

Тромбоцити (препарат для переливання тромбоцитів) – профілактика або лікування кровотеч, спричинених дефіцитом або порушенням функції тромбоцитів

Білі кров'яні тілця (препарат для переливання гранулоцитів) – лікування запалення, стійкого до лікування протимікробними препаратами, при дефіциті або дисфункції лейкоцитів

Плазма – лікування порушень кровоточивості, спричинених дефіцитом або підвищеним споживанням факторів згортання, також лікування мікроангіопатичної тромбоцитопенії безпосередньо або в рамках обміну плазмаферезом.

Альтернатива процедури

Препарат для переливання **еритроцитів** – можна використати гормон, що регулює створення червоних кров'яних тілець, еритропоетин. Він призначається у чітко визначених випадках, і його в жодному разі не можна використовувати при невідкладних станах, що загрожують життю, тому що його ефект проявляється лише через кілька тижнів.

Препарат для переливання **тромбоцитів** практично немає альтернативних варіантів лікування.

Препарат для переливання **гранулоцитів** використовується після неефективності інших препаратів (антибіотиків, протигрибкових засобів, факторів росту).

Замість плазми можна використовувати безпосередньо похідні, що містять окремі фактори коагуляції з їх природними інгібіторами, альбумін та імуноглобуліни.

Аутотрансфузія – переливання продукту з крові пацієнта – може бути використана тільки для певних планових операцій, за умови, що показники крові пацієнта та загальний стан здоров'я пацієнта є задовільними..

Наслідки процедури

Всі продукти переливання крові мають біологічне походження, містять людські білки та сприймаються імунною системою пацієнта. Препарати для переливання крові ретельно підбираються таким чином, щоб максимально відповідати імунним особливостям пацієнта та донора, щоб організм пацієнта міг прийняти їх без проблем. Аналогічним чином всі донори крові при кожній здачі крові ретельно перевіряються на наявність інфекцій.

Препарати для переливання крові, як і будь-які інші ліки можуть мати побічні ефекти або ускладнення при застосуванні. Вони зустрічаються рідко, становлячи приблизно 1-2% від загальної кількості переливань крові.

Можливі ризики обраної процедури

Передача інфекцій – бактеріальних, вірусних, паразитарних, пріонних (наприклад, гепатит, сифіліс, передача СНІДу), ускладнення стаються рідко(0,5-0,001%).

Імунні ускладнення – їх прояви можуть включати температуру, озноб, холод, свербіння шкіри, кропив'янку, головний біль, біль у грудях, біль у спині, порушення дихання, серцебиття.

Серцево-судинні та метаболічні ускладнення (наприклад, перевантаження об'ємом, перевантаження залізом, порушення дихання, набряки, судоми, зниження або підвищення артеріального тиску).

Згода:

прим. Обведіть кружком свою відповідь:

Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	ТАК	НІ
Мене повідомили про можливі обмеження у звичайному способі життя та в працездатності після відповідної медичної процедури, у разі можливої чи очікуваної зміни стану здоров'я також про зміни здоров'я.	ТАК	НІ
Мене повідомили про схему лікування та відповідні профілактичні заходи, про проведення медичних оглядів.	ТАК	НІ
Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	ТАК	НІ
Чи були у мене в анамнезі переливання еритроцитів, тромбоцитів, гранулоцитів чи плазми?	ТАК	НІ
- чи пройшло переливання без ускладнень?	ТАК	НІ
- якщо були ускладнення, вкажіть, будь ласка, у чому вони полягали:		
Я розумію, що переливання крові (введення продуктів переливання) не може провести лікар, який лікував мене у минулому.	ТАК	НІ

Після вищевказаного ознайомлення заявляю:

- Я згоден на регулярне прийняття препаратів для переливання крові під час моєї госпіталізації,	ТАК	НІ
- Я даю згоду на регулярне прийняття препаратів переливання крові під час амбулаторного лікування мого захворювання,	ТАК	НІ
- що я згоден/згідна із запропонованим доглядом і виконанням процедури, а також у разі несподіваних ускладнень, які потребують термінового виконання інших втручань, необхідних для порятунку життя чи здоров'я, я даю згоду на його ведення.	ТАК	НІ
- що я не приховував/не приховувала від лікарів будь-якої відомої мені інформації про своє здоров'я, яка могла б негативно вплинути на моє лікування або поставити під загрозу моє оточення, особливо через поширення інфекційної хвороби.	ТАК	НІ
- що, у разі потреби, я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча) для необхідних досліджень, щоб виключити, зокрема, інфекційне захворювання.	ТАК	НІ

Дата	Час	Підпис пацієнта або законного представника (опікуна)

Ім'я та прізвище лікаря, що надав інформацію	Підпис лікаря, що надав інформацію

Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати:

Як пацієнт висловив свою волю :

Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка	Підпис медичного працівника / свідка	Дата	Година