

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s transfuzí

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Transfuze (erytrocytů, trombocytů, plazmy, granulocytů)

Účel výkonu

Nahrazení chybějících krevních složek dle indikujícího lékaře.

Povaha výkonu

Transfuzní přípravky jsou vyrobeny z krve dobrovolných dárců krve za dodržení zákonných podmínek přímo na transfuzním oddělení buď prostým rozdělením odebrané plné krve na jednotlivé léčebné složky - červené krvinky (erytrocyty), krevní destičky (trombocyty), bílé krvinky (granulocyty) a plazmu nebo odběrem těchto jednotlivých léčebných složek na přístroji (separátoru krevních elementů). Tyto přípravky jsou (kromě plazmy, která se skladuje zmražená) v nativním (přirozeném) stavu s obsahem výživného a protisrážlivého roztoku, nejsou tedy ani fyzikálně ani chemicky ošetřeny.

Transfuzní přípravky se podávají do žíly kapénkovou infuzí pomocí jednorázové transfuzní soupravy. Během podávání transfuzního přípravku budete pod pečlivou kontrolou všeobecné sestry a lékaře, proto pokud byste během podávání transfúze nebo po ní pociťoval(a) cokoliv nepříjemného nebo nezvyklého, prosím o okamžité ohlášení tohoto problému sestře.

Předpokládaný prospěch výkonu

Červené krvinky (erytrocytární transfuzní přípravek) - léčba chudokrevnosti, u krevních ztrát, zlepšuje přenos kyslíku do životně důležitých orgánů

Krevní destičky (trombocytární transfuzní přípravek) - prevence nebo léčba krvácení, které jsou způsobeny nedostatkem nebo poruchou funkce krevních destiček

Bílé krvinky (granulocytární transfuzní přípravek) - léčba zánětu odolného k léčbě antimikrobiálními léky při nedostatku nebo poruše funkce bílých krvinek

Plazma - léčba poruch krevního srážení způsobeného nedostatkem nebo zvýšenou spotřebou koagulačních faktorů, dále léčba mikroangiopatických trombocytopenie přímo nebo v rámci výměnné plazmaferézy.

Alternativa výkonu

Erytrocytární transfuzní přípravek - je možné použít hormon regulující tvorbu červených krvinek erythropoetin. Podává se v přesně vymezených případech, v žádném případě se nemůže uplatnit v naléhavých život ohrožujících stavech, jelikož jeho účinek se projeví až po několika týdnech.

Trombocytární transfuzní přípravek prakticky nemá náhradní možnost léčby.

Granulocytární transfuzní přípravek se používá po selhání jiných léčiv (antibiotika, antimykotika, růstové faktory).

Místo **plazmy** je možné použít přímo deriváty obsahující jednotlivé koagulační faktory s jejich přirozenými inhibitory, albumin a imunoglobuliny.

Autotransfúze – transfuzní přípravek vyrobený z krve pacienta – lze uplatnit jen u některých plánovaných operací za předpokladu dobrých hodnot krevního obrazu pacienta a celkově uspokojivého zdravotního stavu pacienta.

Následky výkonu

Všechny transfuzní přípravky jsou biologického původu, obsahují lidské bílkoviny a jsou vnímány imunitním systémem pacienta. Jsou pečlivě vybírány takové transfuzní přípravky, aby byla co největší shoda mezi imunitními znaky pacienta a dárce, aby je organismus pacienta bez problémů přijal. Stejně tak pečlivě jsou vyšetřováni všichni dárce krve při každém odběru, zda nejsou nosiči infekce.

Transfuzní přípravky mohou mít, podobně jako kterýkoliv jiný lék, vedlejší účinky nebo komplikace při jejich podání. Jsou vzácné, v celkovém součtu provázejí cca 1-2% podaných transfuzí.

Možná rizika zvoleného výkonu

Přenos infekce - bakteriální, virové, parazitární, prionové (např. přenos žloutenky, syfilis, AIDS), komplikace jsou výjimečné (0,5-0,001%).

Imunní komplikace - projevy mohou být např. teplota, třesavka, zimnice, svědění kůže, kopřivka, bolest hlavy, na hrudi, v zádech, zhoršené dýchání, bušení srdce.

Kardiovaskulární a metabolické komplikace (např. objemové přetížení, přetížení železem, zhoršené dýchání, otoky, křeče, snížení nebo zvýšení krevního tlaku).

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl/a jsem srozumitelně informován/a o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl/a jsem informován/a o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl/a, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE
Byla mi podána v minulosti transfuze erytrocytů, destiček, granulocytů, či plasmy?	ANO	NE
- proběhlo podání transfuze bez potíží?	ANO	NE
- pokud byly komplikace, uveďte jaké:		
Jsem srozuměn/a s tím, že transfuze krve (podání transfuzních přípravků) nemusí být provedena lékařem, který mě dosud ošetřoval.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- souhlasím s opakovaným podáváním transfuzních přípravků během mé hospitalizace,	ANO	NE
- souhlasím s opakovaným podáváním transfuzních přípravků během ambulantní léčby mého onemocnění,	ANO	NE
- souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením,	ANO	NE
- jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,	ANO	NE
- v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina