



Zakład Krwiolecznictwa

ŚWIADOMA ZGODA PACJENTA- TRANSFUZJA KRWI

WAŻNE TYLKO NA TERENIE SZPITALA UNIwersyteckiego NR 2 BYDGOSZCZ

Imię i nazwisko:

PESEL/ Data urodzenia:

Nr ks. gł.:

NAZWA ZABIEGU: **TRANSFUZJA KRWI I/LUB JEJ SKŁADNIKÓW**

1. Wskazania do transfuzji:

- ☐ możliwość utraty krwi w trakcie operacji
- ☐ objawowa niedokrwistość
- ☐ konieczność uzupełnienia innych składników krwi
- ☐ inne:.....

2. Cel transfuzji krwi lub jej składników oraz oczekiwane korzyści z jej wykonania:

Zabieg polega na przetoczeniu dożylnym odpowiednio dobranego składnika krwi. Ma na celu uzupełnienie brakujących i/lub utraconych składników krwi.

3. Opis potencjalnego ryzyka związanego z proponowanym zabiegiem (ryzyko uzależnione jest od przetaczanego składnika krwi):

Jeżeli w trakcie transfuzji krwi i/lub jej składnika wystąpiłyby jakiegokolwiek niepokojące objawy, w szczególności: dreszcze, wysypka, zaczerwienienie skóry, duszność, ból kończyn lub okolicy lędźwiowej natychmiast zawiadom pielęgniarkę/lekarza.

Transfuzja krwi lub jej składnika u większości pacjentów nie wiąże się z wystąpieniem niepożądanych reakcji, jednak każdorazowo niesie za sobą ryzyko ich wystąpienia. Mogą to być:

- wczesne niepożądane reakcje, których objawy występują w okresie do 24 godzin od przetoczenia: reakcja hemolityczna, zakażenie bakteryjne,

reakcja alergiczna lub anafilaktyczna, ostre poprzetoczeniowe uszkodzenie płuc (TRALI), duszność poprzetoczeniowa, niehemolityczna reakcja gorączkowa, poprzetoczeniowe przeciążenie krążenia (TACO)

- opóźnione niepożądane reakcje: reakcja hemolityczna, poprzetoczeniowa skaza małopłytkowa, poprzetoczeniowa choroba przeszczep przeciw biorcy (TA-GvHD), przeniesienie biologicznych czynników chorobotwórczych

Wymieniono większość następstw i niepożądanych reakcji, które mogą wystąpić, ale w medycynie zawsze może dojść do sytuacji jeszcze nieopisanych w literaturze fachowej lub związanych z nietypową reakcją organizmu pacjenta.

Zwiększone ryzyko wystąpienia niepożądanych reakcji występuje u osób, u których już wcześniej je obserwowano. Dlatego, jeżeli podczas wcześniejszych transfuzji obserwowano objawy opisane powyżej, koniecznie poinformuj o tym lekarza. Najlepiej, jeżeli dysponujesz dokumentacją z poprzednich transfuzji.

Ważne dla bezpieczeństwa transfuzji jest również udostępnienie posiadanych wcześniej wyników badań grupy krwi i/lub przeciwciał odpornościowych. U części pacjentów znajduje się tam bardzo ważna w doborze krwi informacja o obecności przeciwciał odpornościowych.

Objawy niektórych niepożądanych reakcji mogą pojawić się już po zakończeniu transfuzji, a nawet po wyjściu ze szpitala, dlatego wszelkie wątpliwości związane ze stanem zdrowia skonsultuj z opiekującym się Tobą lekarzem.

4. Informacja na temat możliwości alternatywnych sposobów postępowania w danym przypadku:

W niektórych sytuacjach możliwa jest alternatywna metoda leczenia obejmująca np.:

- zastosowanie leków pobudzających hematopoezę (czynniki wzrostu)
- suplementacja np. preparatami żelaza, witaminą B12, kwasem foliowym
- autotransfuzja (przedoperacyjna, hemodilucja śródoperacyjna, przetoczenie krwi wynaczynionej śródoperacyjnie).

Zaniechanie wykonania transfuzji krwi i/lub jej składnika może spowodować pogorszenie stanu zdrowia do zgonu włącznie.

W ostrej utracie krwi lub ciężkich niedoborach jej składników, gdy istnieje wysokie prawdopodobieństwo że stan kliniczny pacjenta będzie się pogłębiać, może nie być możliwe leczenie alternatywne.

5. Informacja o możliwych skutkach rezygnacji z proponowanego leczenia:

- wstrząs hipowolemiczny
- niedokrwienie wielu narządów, w tym mózgu i serca (zawał mięśnia sercowego, udar niedokrwienno mózgu)
- zaburzenia krzepnięcia krwi i ich następstwa
- opóźnienie gojenia i rekonwalescencji
- brak możliwości przeprowadzenia zabiegu
- zgon i inne, trudne do przewidzenia

6. Oświadczenie pacjenta

Oświadczam, że lekarz udzielił mi **wyczerpujących informacji** dotyczących zasadności i przebiegu procedury transfuzji oraz alternatywnych metod leczenia. Poinformował mnie o sposobie przeprowadzenia transfuzji oraz możliwych niepożądanych reakcjach i następstwach związanych z zastosowaniem procedury. Zostałem/łam poinformowany/na również o ewentualnych następstwach zaniechania przeprowadzenia procedury. Powyższe informacje są dla mnie zrozumiałe. Oświadczam, że miałem/łam możliwość nieograniczonego zadawania pytań dotyczących planowanego zabiegu, na wszystkie udzielono odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały.

- I. Po zapoznaniu się z formularzem i po uzyskaniu odpowiedzi na zadawane **pytania wyrażam zgodę na transfuzję** co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Zostałem/łam poinformowany/a o możliwości cofnięcia w każdej chwili wcześniej wyrażonej zgody na przetaczanie krwi i jej składników.

.....
data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*
oznaczenie i podpis lekarza przyjmującego
zgode

- II. Po zapoznaniu się z formularzem i po uzyskaniu odpowiedzi na zadawane pytania nie wyrażam zgody na transfuzję co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data i czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego*
oznaczenie i podpis lekarza
przyjmującego brak zgody

*pacjent po ukończeniu 16 rż – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)