

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Transzfúziós kezelés		
Változat: 03	Hatályos: 2014.02.12.	1.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 02
Dokumentum száma: Bny./09.	Hatályba helyezte: Dr. Szépvölgyi Anikó osztályvezető főorvos		

Beteg neve: TAJ-szám:.....

Tisztelt Betegünk!

A beavatkozáshoz, melyet Önön tervezünk, szükséges az Ön beleegyezése. Ahhoz, hogy Ön dönteni tudjon, az alábbi ismertetéssel szeretnénk segítségére lenni a beavatkozás jelentőségéről, módjáról, következményeiről és a szóba jöhető szövődményekről.

A javasolt beavatkozás lényege:

Más ember(ek)től levett, a szakmai szabályok szerint kivizsgált, előállított és tárolt teljes vért vagy véralkotórészt juttatunk az Ön szervezetébe, amely Önnél jelenleg hiányzik, gyógyszerrel nem pótolható vagy az Ön szervezetében a hiányzó alkotóelem(ek) – vörösvérsejt, vérplazma, vérlemezke – termelése nem elégséges, vagy fokozottan pusztul, s más módon, mint idegen véralkotóelem bevitelével nem pótolható.

A javasolt beavatkozás kockázatai:

A bevitt idegen sejtek sohasem azonosak teljes mértékben a sajátjal, ezért azokat a szervezet elsősorban lázzal, veseműködési zavarokkal, allergiás bőrjelenségekkel és más szövődmények kíséretében kivetheti magából, annak ellenére is, ha a vérátömlesztés előtt előírt, szabályszerűen elvégzett előzetes laboratóriumi vizsgálatok során erre a lehetőségre eredmény nem utal. Ennek tényleges valószínűsége jelenlegi ismereteink szerint 1 % alatt van.

A javasolt beavatkozás elmaradásának lehetséges következményei:

Miután életmentő, mással nem pótolható beavatkozásról van szó, ennek elmaradása életet veszélyeztető, esetleg vissza nem fordítható folyamatot eredményezhet.

Lehetséges alternatív megoldások:

Nincs alternatív megoldás.

Betegtájékoztató és beleegyező lap			
Dokumentum címe:	Transzfúziós kezelés		
Változat: 03	Hatályos: 2014.02.12.	2.oldal a(z) 2 oldalból	Módosítás 02
Dokumentum száma: Bny./09.	Hatályba helyezte: Dr. Szépvölgyi Anikó osztályvezető főorvos		

Beleegyezési nyilatkozat

Alulírott megértettem a részletes tájékoztatást az alkalmazni kívánt transzfúzió (vérátömlesztés) céljáról és esetleges veszélyeiről.

Tudomásul vettem, hogy az emberi vérből előállított vérkészítmény adása gyógyulásom érdekében szükséges. Azt is megértettem, hogy – orvosok által elvégzett minden kötelező, előzetes vizsgálat ellenére – a transzfúzió veszélyeket is rejthet magában.

Mindezek alapján egyetértek azzal, hogy kezelőorvosom, a vérellátó osztály által emberi vérből előállított, vérkészítményt nekem beadja.

.....
a felvilágosítást végző orvos

.....
beteg / törvényes képviselő aláírása

Siófok, év..... hó..... nap..... óra..... perc

Elutasító nyilatkozat

A kezelőorvos részletes felvilágosítása – amely a beavatkozás elmaradása esetén előforduló következményeket is tartalmazza – ellenére a beavatkozás elvégzését megtagadom.

.....
a felvilágosítást végző orvos

.....
beteg / törvényes képviselő aláírása

1. Tanú:.....
aláírás

2. Tanú:.....
aláírás

Siófok, év..... hó..... nap..... óra..... perc

Ezen lap egy aláírt példánya a beteg dokumentációjához csatolandó!