Medicina
Zdrowie pod opieką

INFORMACJA O PROPONOWANYM ŚWIADCZENIU ZDROWOTNYM

Imię i nazwisko Pacjenta	PESEL
Nazwa proponowanego świadczenia diagnostycznego lub leczniczego o podwyższonym ryzyku/zabiegu operacyjnego*: **PRZETOCZENIE KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW**	

Informacja dla pacjenta (opis świadczenia, przebieg, możliwe powikłania, przygotowanie):

1.WSKAZANIE DO TRANSFUZJI

Przetoczenie krwi i jej składników czyli transfuzja to podanie pewnej ilości krwi lub jej składników czyli tzw. jednostek, drogą dożylną. Są nimi: Koncentrat Krwinek Czerwonych (KKCz) i jego preparaty, Koncentrat Krwinek Płytkowych (KKP) i jego preparaty orz Osocze Świeżo Mrożone (FFP), krioprecypitat.

Krew i jej składniki pobierane są od krwiodawców w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (RCKiK) i po odpowiednim zbadaniu i preparatyce, sprowadzane do szpitala dla pacjentów.

Transfuzję wykonuje się zwykle w momencie zagrożenia życia, ale wskazania do przetoczenia różnią się w zależności od składnika, który należy podać.

Do najczęstszych wskazań należą:

- ostry, zagrażający życiu krwotok
- przewlekła utrata bądź niedobór składnika krwi
- wrodzone wady składników krwi

2. PRZYGOTOWANIE DO TRANSFUZJI

Transfuzja polega na podaniu pacjentowi składnika krwi wówczas, gdy objawy wywołane jego niedoborem lub utratą nie mogą być leczone w żaden inny sposób. Decyzja o przetoczeniu zostaje podjęta przez lekarza, na podstawie: wywiadu lekarskiego, czyli rozmowy z pacjentem, badania lekarskiego i oceny stanu klinicznego pacjenta oraz wykonanych badań krwi pacjenta. Do transfuzji dobiera się krew po wykonaniu tzw. próby zgodności, która polega na sprawdzeniu, czy krew dawcy jest zgodna z krwią biorcy.

3.PRZEBIEG TRANSFUZJI

Transfuzja poprzedzona jest krótkim badaniem pacjenta z określeniem częstości akcji serca, wartości i ciśnienia tętniczego krwi oraz temperatury ciała. Krew i jej składniki podłączane są jak kroplówka, w obecności lekarza i pielęgniarki. Przez cały czas transfuzji obserwuje się pacjenta, czy nie występują reakcje niepożądane. Po podłączeniu krwi sprawdzane są|: częstość akcji serca, wartość ciśnienia tętniczego krwi oraz temperatura ciała, szybkość wlewu, drożność aparatu oraz wkłucie dożylne.

4.MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

W związku z transfuzją istnieje ryzyko wystąpienia powikłań poprzetoczeniowych wynikających z reakcji organizmu pacjenta na przetaczaną krew i jej składniki np. reakcje gorączkowe, alergiczne, hemolityczne, immunizacja.

W trakcie trwania przetoczenia, należy zgłaszać wystąpienie każdego niepokojącego objawu mogącego świadczyć o wystąpieniu powikłania poprzetoczeniowego, a w szczególności **pojawienie się dreszczy, wysypki, zaczerwienienia skóry, duszności, bólu kończyn lub bólu okolicy lędźwiowej.**

Krew i jej składniki jest badana najnowocześniejszymi dostępnymi metodami i jest bezpieczna, jednak istnieje minimalne ryzyko potransfuzyjnego zakażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi w tym m.in. wirusowymi (HBV, HCV, HIV). Jeżeli RCKiK poinformuje Szpital S.C.D.Z. Medicina o ryzyku zakażenia dawcy krwi, biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi w tym m.in. wirusowymi (HBV, HCV, HIV), to pacjent zostanie o tym fakcie poinformowany i poproszony o zgłoszenie się w celu wykonania badań kontrolnych.

Będąc przedstawicielem ustawowym pacjenta wyrażam zgodę na udzielenie mu zaproponowanych świadczeń zdrowotnych	
TAK* ..... DATA PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO	**NIE*** ..... DATA PODPIS PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO
Dane Przedstawiciela ustawowego:	
Imię i nazwisko:	PESEL:
Adres:	Telefon:
Przyczyna nie uzyskania pisemnej zgody na proponowane świadczenia zdrowotne:	
Postanowienie Sądu Opiekuńczego w sprawie udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi / przyczyna, data i miejsce wydania, sygnatura postanowienia oraz jego zakres:	
..... DATA	..... PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

Uwaga!

1. Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko, wobec pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody, po uzyskaniu pisemnej zgody jego przedstawiciela ustawowego.
2. W przypadku pacjenta małoletniego, który ukończył lat 16 oprócz pisemnej zgody jego przedstawiciela ustawowego wymagana jest także pisemna zgoda tego pacjenta.
3. Opiekun faktyczny nie jest uprawniony do wyrażania zgody na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Oświadczenie o zgodzie na udzielenie świadczenia zdrowotnego: **PRZETOCZENIE KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW** (Nazwa proponowanego świadczenia diagnostycznego lub leczniczego o podwyższonym ryzyku/zabiegu operacyjnego*)	
Oświadczam, że w dniu:	o godzinie:
Lekarz (imię i nazwisko):..... Przeprowadził ze mną rozmowę podczas której poinformował mnie wyczerpująco o moim stanie zdrowia, istocie mojej choroby oraz o możliwościach leczenia i rokowaniu. Przedstawił informacje dotyczące planowanych wobec mnie a związanych z moim stanem zdrowia świadczeniach zdrowotnych tj. badaniach diagnostycznych, leczeniu i ewentualnym leczeniu zabiegowym. Wyjaśnił mi zarówno korzyści jak i następstwa oraz rokowanie związane z proponowanym postępowaniem. Zostałem/am poinformowany/a o mogących wystąpić powikłaniach związanych z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, a Lekarz udzielił mi odpowiedzi na pytania z nimi związane. Informacje te zrozumiałem/am. Poinformował mnie również o niedogodnościach i konsekwencjach związanych z proponowanym świadczeniem zdrowotnym. Poinformował mnie dostatecznie o możliwościach ewentualnego wyboru świadczeń zdrowotnych dotyczących mojego stanu zdrowia. Wyjaśnił również następstwa i rokowanie związane z niewyrażeniem zgody na proponowane postępowanie. Poinformował mnie również o możliwości zaistnienia powodów medycznych jak i technicznych wynikających tylko ze stwierdzonego w trakcie udzielanego świadczenia zdrowotnego stanu zaawansowania procesu chorobowego, które mogą zmusić lekarza udzielającego świadczenia do jego przerwania i/lub zmiany postępowania poprzez poszerzenie lub zmniejszenie jego zakresu jak również odstąpienia od jego wykonania. Dodatkowo orzymałem/am i zapoznałem/am się z pisemnymi informacjami o proponowanym świadczeniu zdrowotnym zawierającymi m.in. opis świadczenia zdrowotnego oraz powikłania jakie w związku z nim mogą wystąpić. Informacje te zrozumiałem/am.** Lekarz wyjaśnił mi wszystkie wątpliwości jakie miałem/am w związku z planowanym świadczeniem zdrowotnym i wyjaśnienia te zrozumiałem/am.	
Wyrażam zgodę na udzielenie mi zaproponowanych świadczeń zdrowotnych	
TAK* ..... DATA PODPIS PACJENTA	**NIE*** ..... DATA PODPIS PACJENTA

*niewłaściwe skreślić

**znajduje zastosowanie w przypadku stosowania pisemnej informacji o proponowanym świadczeniu zdrowotnym