

## ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАПРОПОНОВАНУ МЕДИЧНУ ПОСЛУГУ

Ім'я та прізвище пацієнта	PESEL
Назва запропонованої діагностичної або лікувальної процедури з підвищеним ризиком/оперативного втручання*: <b>ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ</b>	

### Інформація для пацієнта (опис послуги, перебіг, можливі ускладнення, підготовка):

#### 1. ПОКАЗАННЯ ДО ПЕРЕЛИВАННЯ

Переливання крові та її компонентів, або трансфузія, - це введення певної кількості крові або її компонентів, або так званих одиниць, внутрішньовенно. До таких компонентів належать: Концентрат еритроцитів (RBC) та його препарати, концентрат тромбоцитів (PLC) та його препарати, свіжозаморожена плазма (FFP), кріопреципітат. Кров та її компоненти отримуються від донорів у Регіональних центрах крові та кровозамінників (РЦКіК), після відповідного обстеження та підготовки доставляються до лікарні для пацієнтів.

Переливання зазвичай проводять у разі загрози життю, але показання до переливання залежать від конкретного компоненту крові, який необхідно ввести.

Найпоширеніші показання:

- гостра, загрозлива для життя кровотеча;
- хронічна втрата або дефіцит компонента крові;
- вроджені порушення компонентів крові.

#### 2. ПІДГОТОВКА ДО ПЕРЕЛИВАННЯ

Переливання - це введення компонента крові пацієнту, коли симптоми, викликані дефіцитом або втратою компонента крові, не піддаються лікуванню в інший спосіб. Рішення про переливання приймає лікар на основі: історії хвороби, тобто опитування пацієнта; медичного огляду та оцінки клінічного стану пацієнта; проведених аналізів крові пацієнта. Кров для переливання відбирають після так званого тесту на сумісність, який передбачає перевірку сумісності крові донора з кров'ю реципієнта.

#### 3. КУРС ПЕРЕЛИВАННЯ

Переливанню передуює короткий огляд пацієнта з визначенням частоти серцевих скорочень, значень артеріального тиску і температури тіла. Кров та її компоненти підключають як крапельницю у присутності лікаря та медсестри. Пацієнт перебуває під наглядом протягом усього переливання для виявлення побічних реакцій. Після переливання крові перевіряються: частота серцевих скорочень, артеріальний тиск і температура тіла, швидкість інфузії, прохідність пристрою та стан внутрішньовенного доступу.

#### 4. МОЖЛИВІСТЬ УСКЛАДНЕНЬ

У зв'язку з переливанням крові існує ризик посттрансфузійних ускладнень, що виникають внаслідок реакції організму пацієнта на перелиту кров та її компоненти, наприклад, гарячкові, алергічні, гемолітичні реакції, імунізація.

Під час переливання слід повідомляти про появу будь-якого тривожного симптому, що може свідчити про виникнення посттрансфузійного ускладнення, зокрема про **появу ознобу, висипу, почервоніння шкіри, задишки, болю у кінцівках або попереку.**

Кров та її компоненти тестуються найсучаснішими доступними методами і є безпечними, але існує мінімальний ризик посттрансфузійного забруднення біологічними патогенами, включаючи, але не обмежуючись, вірусними патогенами (HBV, HCV, HIV). Якщо РЦКіК інформує лікарню S.C.D.Z. Medicina про ризик інфікування донора крові біологічними патогенами, включаючи, але не обмежуючись, вірусними патогенами (HBV, HCV, HIV), то пацієнт буде проінформований про цей факт і запрошений на обстеження.

**Як законний представник пацієнта, я даю згоду на надання запропонованих медичних послуг пацієнту****ТАК\*****НІ\***.....  
ДАТА.....  
ПІДПИС ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА.....  
ДАТА.....  
ПІДПИС ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА**Дані законного представника:**

Ім'я та прізвище:

PESEL:

Адреса:

Телефон:

Причина неотримання письмової згоди на запропоновану медичну послугу:

Рішення опікунського суду щодо надання медичної допомоги пацієнту / причина, дата та місце видання, номер справи та обсяг рішення:

.....  
ДАТА.....  
ПЕЧАТКА ТА ПІДПИС ЛІКАРЯ**Увага!**

- Лікар може провести операцію або застосувати метод лікування чи діагностики з підвищеним ризиком у неповнолітнього, недієздатного або нездатного усвідомлено дати письмову згоду пацієнта лише після отримання письмової згоди його законного представника.
- У випадку неповнолітнього пацієнта віком від 16 років, крім письмової згоди його законного представника, необхідна письмова згода самого пацієнта.
- Фактичний вихователь не має права давати згоду на хірургічне втручання або на використання методу лікування чи діагностики, що становить підвищений ризик для пацієнта.

**Заява про згоду на надання медичної послуги:****ПЕРЕЛИВАННЯ КРОВІ ТА ЇЇ КОМПОНЕНТІВ**

(Назва запропонованої діагностичної або лікувальної процедури з підвищеним ризиком/оперативного втручання\*)

Я підтверджую, що:

о год:

Лікар (ім'я та прізвище): .....

Провів зі мною бесіду, під час якої детально проінформував про мій стан здоров'я, суть захворювання, можливості лікування та прогноз. Мені надано інформацію про заплановані медичні послуги, що стосуються мого стану здоров'я, зокрема: діагностичні дослідження, лікування та можливе оперативне втручання. Лікар пояснив переваги, наслідки та прогноз запропонованого лікування. Мене поінформовано про можливі ускладнення, пов'язані з наданням медичної послуги, і я отримав/отримала відповіді на всі запитання. Я зрозумів/ла цю інформацію. Лікар повідомив про незручності та наслідки запропонованої процедури. Він достатньо поінформував мене про можливість вибору альтернативних медичних послуг. Він також пояснив наслідки та прогнози, пов'язані з відмовою від запропонованої процедури. Він також поінформував мене про те, що можуть існувати медичні та технічні причини, пов'язані виключно з прогресуванням процесу захворювання, виявлені в ході надання медичної послуги, які можуть змусити лікаря, який надає послугу, припинити послугу та/або змінити процедуру, розширивши або скоротивши її обсяг, а також відмовитися від неї. Я також отримав/отримала та ознайомився/ознайомилась з письмовою інформацією про запропоновану медичну послугу, включаючи опис процедури та можливі ускладнення у зв'язку з нею. Інформацію зрозумів/зрозуміла.\*\* Лікар роз'яснив мені всі сумніви, які я мав/мала у зв'язку із запланованою медичною послугою, і ці роз'яснення мені зрозумілі.

**Я даю згоду на надання мені запропонованих медичних послуг****ТАК\*****НІ\***.....  
ДАТА.....  
ПІДПИС ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА.....  
ДАТА.....  
ПІДПИС ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА

\* не потрібне викреслити

\*\*застосовується, якщо використовується письмова інформація про запропоновану медичну послугу