

## INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA PRZETOCZENIE KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW

Imię i nazwisko pacjenta										
PESE										Numer Księgi Głównej
L										
W przypadku obcokrajowców: rodzaj i numer dokumentu tożsamości					PASZPORT:					

### 1. INFORMACJA O OGÓLNYM STANIE ZDROWIA

.....  
 .....

### 2. INFORMACJA O ROZPOZNANIU

Na podstawie przeprowadzonych dotychczas u Pani/Pana obserwacji i badań, z powodu stwierdzenia/podejrzenia rozpoznania.....  
 .....

zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną stwierdzono u Pani/Pana ( *zaznaczyć odpowiedni punkt* ) :

- konieczność przetoczenia krwi i jej składników ;
- możliwość zaistnienia bezwzględnej konieczności przetoczenia krwi i jej składników podczas planowanego u Pani/Pana zabiegu operacyjnego/diagnostycznego lub w okresie okołoperacyjnym/okołozabiegowym.

### 3. PROPONOWANE I MOŻLIWE METODY LECZNICZE ORAZ DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA

Obecnie w krwiolecznictwie nie stosuje się przetaczania pełnej krwi, lecz wyprodukowane z niej składniki:

- koncentrat krwinek czerwonych,
- koncentrat krwinek płytkowych,
- osocze świeżo mrożone,
- krioprecypitat.

Wskazaniem do przetoczenia składników krwi jest konieczność szybkiego uzupełnienia :

- objętości krwi w przypadku jej dużej i szybkiej utraty,
- głębokich niedoborów elementów morfotycznych krwi,
- głębokich niedoborów czynników krzepnięcia

w sytuacji, gdy jego zaniechanie może stanowić bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta.

Decyzję o wyborze rodzaju i ilości przetoczonego składnika krwi podejmuje lekarz na podstawie analizy :

- stanu klinicznego pacjenta,
- wyników badań laboratoryjnych.

Proponowane leczenie polega na dożylnym podaniu składnika krwi za pomocą zestawu jednorazowego użytku. Transfuzję przeprowadza lekarz lub przeszkolona i upoważniona pielęgniarka pod nadzorem lekarza.

Bezpośrednio przed transfuzją lekarz i pielęgniarka odpowiedzialni za przetoczenie krwi i jej składników przeprowadzają :

- ocenę wizualną składnika krwi,
- sprawdzenie wyników badań serologicznych wykonanych przed transfuzją,
- sprawdzenie tożsamości pacjenta i dokumentacji potwierdzającej przeznaczenie dla niego składnika krwi.

Nie ma alternatywnych metod leczenia, pozwalających na osiągnięcie porównywalnych efektów. Przetoczenie krwi i jej składników to jedyny sposób na szybkie uzupełnienie dużej utraty krwi lub głębokich niedoborów składników krwi, stanowiących bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta.

Celem przetoczenia krwi i jej składników jest uzupełnienie stwierdzonych niedoborów i zaburzeń z nimi związanych, a w następstwie uzyskanie poprawy stanu klinicznego pacjenta.

#### 4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ ( DAJĄCYCH SIĘ PRZEWIDZIEĆ )

Mimo rygorystycznego przestrzegania zasad i procedur bezpieczeństwa, zarówno podczas procesu otrzymywania krwi i jej składników w Centrach Krwiodawstwa, jak i podczas ich przetaczania w oddziałach szpitalnych, transfuzja obarczona jest ryzykiem powikłań. Najczęściej występują powikłania lekkie, wynikające z indywidualnej reakcji organizmu pacjenta na przetoczony składnik krwi. Istnieje jednak niewielkie ryzyko wystąpienia powikłań ostrych, o charakterze ciężkim, stanowiących zagrożenie zdrowia i życia pacjenta.

Należy również pamiętać, że mimo dokładnej kwalifikacji dawców krwi i przeprowadzenia najnowocześniejszych i najczulszych testów wirusologicznych kwalifikujących krew i jej składniki do przetoczenia, nie można całkowicie wykluczyć ryzyka potransfuzyjnego przeniesienia wirusowego zapalenia wątroby typu B, typu C oraz wirusa HIV.

Powikłania potransfuzyjne dzielą się na :

- wczesne (występujące w czasie transfuzji lub do 24 godzin od jej zakończenia),
- późne (występujące po upływie 24 godzin od transfuzji; niektóre z nich mogą się ujawnić po upływie kilku tygodni, miesięcy, a nawet lat).

Do objawów towarzyszących wczesnym powikłaniom potransfuzyjnym należą między innymi :

- gorączka (wzrost temperatury o minimum 1° występujący w związku z przetoczeniem),
- dreszcze,
- ból w miejscu wkłucia, w klatce piersiowej, szyi, w okolicy lędźwiowej, ból brzucha, ból kończyn,
- zmiany ciśnienia tętniczego krwi : nagły spadek lub wzrost,
- zaburzenia oddychania : duszność, przyspieszenie oddechu,
- zmiany skórne : wysypka, pokrzywka, świąd, rumień,
- nudności, wymioty,
- ciemny kolor moczu,
- skaza krwotoczna.

<b>Powikłania wczesne (między innymi)</b>	<b>Ryzyko wystąpienia</b>
Skórne reakcje alergiczne	1: 50 – 1: 100
Niehemolityczna reakcja gorączkowa	1: 300
Ostre poprzetoczeniowe uszkodzenie płuc	1: 5 000
Przeciążenie krążenia	1: 4 000 – 1: 10 000
Ostra reakcja hemolityczna (wynik przetoczenia obcogrupowego)	1: 25 000 ; 1: 200 000 (ryzyko zgonu)
Ostry odczyn anafilaktyczny (uczuleniowy)	1: 20 000 – 1: 50 000
Hipotensja	1: 50 000
Ostra posocznica poprzetoczeniowa	1: 500 000

<b>Powikłania późne (między innymi)</b>	<b>Ryzyko wystąpienia</b>
Alloimmunizacja (wytworzenie przeciwciał przeciwko antygenom zawartym w przetoczonych składnikach krwi)	1:100
Poprzetoczeniowa skaza małopłytkowa	1: 50 000
Przeniesienie wirusa zapalenia wątroby typu B	1:100 000 – 1:200 000
Przeniesienie wirusa zapalenia wątroby typu C	1:1 000 000 – 1:2 000 000

Przeniesienie wirusa HIV	1:2 000 000 – 1: 3 000 000
Przeniesienie innych czynników chorobotwórczych : - wirusów : wzw A, HTLV, Herpes, B19, Zachodniego Nilu i innych, - prionów, - pierwotniaków, - innych, nieznanymi współczesnej medycynie.	pojedyncze, bardzo rzadkie przypadki

Możliwe jest także wystąpienie innych, nie zawsze możliwych do przewidzenia powikłań. Większość wymienionych powikłań może wymagać dalszego leczenia. Niektóre z nich mogą być także przyczyną zagrożenia życia.

## 5. KONSEKWENCJE ZANIECHANIA LECZENIA

Możliwe konsekwencje zaniechania przetoczenia krwi i jej składników w przypadku istnienia odnośnych wskazań :

- pogorszenie stanu zdrowia,
- w skrajnych przypadkach zgon.

## 6. PYTANIA PACJENTA WRAZ Z ODPOWIEDZIĄ LEKARZA

.....  
.....  
.....

## 7. OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że nie jestem pod wpływem leków, substancji i innych czynników zaburzających moją świadomość. Będąc w pełni świadoma/y oświadczam, że lekarz udzielił mi pełnej informacji dotyczącej przetoczenia krwi i jej składników.

W pełni zrozumiałam/zrozumiałem informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań, na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób zrozumiały i satysfakcjonujący. Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i po rozmowie wyjaśniającej z Panią/Panem dr. .... stwierdzam, że spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania,*
- proponowanych oraz alternatywnych metod leczniczych,*
- dających się przewidzieć następstw przeprowadzenia transfuzji krwi i jej składników lub jej zaniechania,*
- wyników zastosowanego leczenia.*

Znane mi są możliwe do przewidzenia powikłania związane z przetoczeniem krwi i jej składników.

**Bez zastrzeżeń zgadzam się na przeprowadzenie u mnie opisanej procedury medycznej przetoczenia krwi i jej składników. Wyrażona przeze mnie zgoda obowiązuje w czasie mojego całego bieżącego pobytu w oddziale SPSK Nr 1 w Lublinie.**

.....  
.....

## 8. UWAGI LEKARZA

Oświadczam, że przedstawiłam/em pacjentowi / przedstawicielowi ustawowemu pacjenta planowany sposób leczenia zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą medyczną, udzieliłam/em informacji umożliwiających świadome wyrażenie zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, bądź wyrażenie świadomego sprzeciwu oraz poinformowałam/em o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub wyniku proponowanej procedury medycznej, bądź w wyniku jej zaniechania.

.....  
.....  
.....



## 9. PODPIS PACJENTA I LEKARZA

Data (godzinowa) oraz czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczęć lekarza	

## 10. SPRZECIW PACJENTA

**Nie zgadzam się na proponowane mi przetoczenie krwi i jej składników. \***

**Cofam oświadczenie woli o wyrażeniu zgody na proponowane mi przetoczenie krwi i jej składników. \***

*\* niewłaściwe przekreślić*

**Zostałam/zostałem poinformowana/y o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia oraz życia, łącznie ze znacznym pogorszeniem stanu zdrowia i zgonem, i jestem ich świadoma/y.**

Data (godzinowa) oraz czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego	
Data (godzinowa), podpis oraz pieczęć lekarza	

### Pouczenie:

1. Wszystkie niewypełnione pola należy przekreślić.
2. W sytuacji, gdy przytomny i świadomy pacjent nie może złożyć własnoręcznego podpisu (np. z uwagi na stan swojego zdrowia lub wiek) istnieje możliwość złożenia oświadczenia woli zastępującego podpis własnoręczny. Warunkiem do otrzymania zgody od pacjenta w takim wypadku jest zdolność pacjenta do samodzielnego czytania, która umożliwi mu zapoznanie się z treścią składanego oświadczenia (wyrażanej zgody). Taka zgoda będzie skuteczna prawnie, gdy pacjent w obecności osoby przez nią upoważnionej złoży odcisk tuszowy swojego palca. Osoba upoważniona wpisuje obok złożonego odcisku imię i nazwisko pacjenta oraz składa własnoręczny, czytelny podpis ze wskazaniem daty i godziny.