

Aplikace transfuzního přípravku

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

C.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Vážený a milý paciente,

na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována léčba transfuzními přípravky neboli krevní transfuze. K této léčbě je zapotřebí Vašeho souhlasu. Abyste se mohl(a) rozhodnout, informujeme Vás v tomto záznamu a pohovoru o způsobu, významu a případných komplikacích plánovaného zákroku.

Co je krevní transfuze:

Krevní transfuze je léčebná metoda, při které jsou nemocnému podány chybějící složky krve (červené krvinky, krevní destičky, bílé krvinky nebo krevní plazma). Mohou být podány jednotlivě nebo v různých kombinacích, podle aktuálního zdravotního stavu.

Důvod (indikace) tohoto výkonu:

Krevní transfuze je přísně indikována lékařem k léčbě stavu, kterému nelze předejít nebo ho efektivně léčit jinými prostředky. Důvodem transfuze krve je nedostatek některé krevní složky, krevní transfuze Vám tedy může zachránit život a zlepšit Váš zdravotní stav.

Režim pacienta před výkonem:

Krevní transfuze nevyžaduje žádnou speciální přípravu nebo změnu Vašeho režimu, pouze Vám bude před transfuzí odebrán vzorek krve pro povinné předtransfuzní vyšetření.

Postup výkonu:

Transfuzní přípravek Vám bude podán nitrožilně pomocí transfuzního setu s filtrem. Aplikaci transfuze Vám provede sestra pod odborným dohledem lékaře. Bezprostředně před transfuzí provede lékař soubor bezpečnostních opatření - kontrolu Vaší identity, ověření správnosti použitého transfuzního přípravku, kontrolu dokumentace a ověření Vaší krevní skupiny a krevní skupiny daného transfuzního přípravku. Transfuze bude zahájena opatrně převodem několika mililitrů transfuzního přípravku, aby se zjistila tolerance Vašeho organismu na tento přípravek. V průběhu transfuze budete sledován zdravotní sestrou, které budete včas hlásit jakékoliv subjektivní potíže nebo nepříjemné pocity. V případě výskytu nežádoucí reakce bude transfuze okamžitě přerušena a lékař rozhodne o dalším postupu, případně provede příslušná léčebná opatření.

Výhody a možné komplikace:

Krevní transfuze je většinou bezpečný a účinný výkon, který je zajištěn výrobou kvalitních transfuzních přípravků, správnou indikací transfuze a celou řadou organizačních a kontrolních opatření. Přesto může být transfuze spojena s nežádoucími vedlejšími reakcemi (např. vzestup teploty, třesavka, alergická reakce projevující se svěděním, zhoršením dechu nebo zarudnutím kůže či vznikem vyrážky, bolestí v místě vpichu apod.). I když se provádí pečlivý výběr zdravých dárců krve a jejich krev je opakovaně vyšetřována na přítomnost

Aplikace transfuzního přípravku

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

C. chorobopisu:

znaků žloutenky B, C, nemoci AIDS a syfilis, nelze zcela vyloučit možné riziko přenosu těchto infekčních onemocnění (zejména virových). I při dodržení všech zásad předtransfuzního vyšetření slučitelnosti krve dárce a příjemce nelze rovněž zcela vyloučit vznik protilátek příjemce proti některým znakům krvinek dárce. K velice vzácným komplikacím lze zařadit syndrom potransfuzního poškození plic s dechovou tísní, způsobený přítomností protilátek proti bílým krvinkám v krvi dárce. U onkologických pacientů léčených chemoterapií lze rovněž velmi vzácně pozorovat po transfuzi tzv. reakci štěpu proti hostiteli projevující se v potransfuzním období úbytkem v ředění typů krvinek, kožními změnami, průjmy a celkovou schváceností.

Alternativy výkonu:

Krevní transfuze, tedy převod nejcennější tekutiny či jejích derivátů, je s ohledem na její omezenou dostupnost indikována velmi pečlivě, proto nemá plnohodnotnou náhradu. Přesto je možno ji v určitých individuálních případech částečně nahradit podáním volumoexpandérů, růstových faktorů, u plánovaných zákroků pak optimálně autotransfuzí, kde je dárce krve současně jejím příjemcem. Pokud krevní transfuze z jakéhokoliv důvodu odmítáte, poraďte se s ošetřujícím lékařem.

Alternativou je i výkon neprovést - v tomto případě hrozí, že pacient bude nadále snižovat některou ze svých krevních složek, jeho organismus bude selhávat a tento stav může vést až ke smrti.

Režim pacienta po výkonu:

Uspěšně provedená krevní transfuze nemá vliv na Vaš denní režim. Pro Vaši informaci je také velmi důležité, abyste se zeptal(a) na všechno, co považujete stran doporučeného výkonu za důležité (např. jak dlouho obvykle trvá vlastní výkon, jaká jsou méně častá rizika výkonu, jaká je další léčba a sledování po výkonu apod.).

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný úspěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

Aplikace transfuzního přípravku

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

C.chorobopisu:

nezletilého pacienta,
pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo
pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)