SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY
Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz
Tel. 52 370 91 02
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

PR5_PJ16_F19

ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE
PRZETOCZENIE PREPARATÓW KRWI I/LUB JEJ SKŁADNIKÓW

Imię i nazwisko Pacjenta:			
PESEL Pacjenta:		Nr księgi głównej:	

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

1. **Ogólnym stanie zdrowia, rozpoznaniu.**

Stan zdrowia wymaga dożylnego podania preparatów krwi. W zależności od rodzaju preparatu ma on Pacjenta zabezpieczyć przed ryzykiem powikłań niedokrwistości bądź krwotoku, stanowić leczenie bądź profilaktykę krwawień związanych z małopłytkowością lub zaburzeniami krzepnięcia krwi . Podawanie preparatów krwi może pojawić się w okolicznościach pilnych, lub stanowić zabezpieczenie np. przed planową operacją, czy zabiegiem.

2. **Rodzaju i sposobie przeprowadzenia zabiegu / badania.**

Lekarz opiekujący się Pacjentem kwalifikuje go do leczenia preparatami krwi, ustala typ składników preparatów, ilość, czas podania. Po odpowiednim przygotowaniu, weryfikacji danych personalnych oraz wykonaniu odpowiednich prób zgodności personel medyczny podaje preparaty krwi drogą dożylną.

3. **Celu, oczekiwanych korzyściach i rokowaniach przeprowadzenia zabiegu / badania.**

Celem podawania preparatów krwi jest uzupełnienie brakujących lub utraconych składników krwi w krwiobiegu Pacjenta. Zwiększa to szanse na przeżycie i szybki powrót do zdrowia. W niektórych sytuacjach możliwa jest alternatywna metoda leczenia obejmująca np. podawanie czynników krwiotwórczych lub preparatów krwiozastępczych, o ile niedobór nie jest w danym momencie skrajnie głęboki. Ich skuteczność w leczeniu jest niższa od preparatów krwi. W ostrej utracie krwi lub ciężkich niedoborach jej składników, gdy istnieje wysokie prawdopodobieństwo, ze stan kliniczny pacjenta będzie się pogarszać może nie być możliwe leczenie alternatywne. W sytuacjach planowych zabiegów dopuszcza się tzw. autotransfuzje. Leczenie preparatami krwi odbywa się zawsze w sytuacji koniecznej, nie jest postępowaniem rutynowym.

4. **Sposobie postępowania przed i po wykonaniu zabiegu / badania.**

Przed przetoczeniem preparatów krwi pobiera się próbkę krwi żylnej. Bezpośrednio po pobraniu krwi, w obecności Chorego i na podstawie danych uzyskanych od niego, weryfikuje się dane personalne, datę i godzinę pobrania krwi. Lekarz odpowiedzialny za przetoczenie jest obecny podczas rozpoczęcia przetoczenia zawartości każdego pojemnika z krwią lub jej składnikiem. Przed przetoczeniem personel dokonuje pomiaru temperatury, tętna i ciśnienia tętniczego krwi Pacjenta. W trakcie przetaczania krwi personel dokonuje okresowej oceny stanu i parametrów życiowych Pacjenta. Podobnie postępuje po zakończeniu zabiegu. W przypadku wystąpienia objawów niepożądanych przetaczanie krwi zostaje natychmiast wstrzymane, a zespół medyczny dokonuje wnikliwej analizy ewentualnych przyczyn wystąpienia powikłania. Po przetoczeniu preparatów krwi Pacjent poddawany jest obserwacji szpitalnej przez 24 godziny jeżeli pozostaje w szpitalu, a w przypadku gdy jest wypisywany wcześniej z oddziału szpitalnego bądź przetoczenie odbyło się w trybie hospitalizacji jednodniowej obserwowany jest co najmniej przez 2 godziny od zakończenia przetoczenia.

Imię i nazwisko:		PESEL:		Nr ks. gł.:	

5. Możliwych, najbardziej prawdopodobnych następstwach, zagrożeniach i powikłaniach związanych z zabiegiem / badaniem

Ryzyko leczenia składnikami krwi jest trudne do ustalenia, ponieważ zależy od bardzo wielu czynników, takich jak: rodzaj przetaczanego składnika krwi, objętość i szybkość przetaczania, metoda przetwarzania, stan kliniczny biorcy, pora dnia dokonywanego przetoczenia i inne.

Najczęstszą reakcją niepożądaną jest reakcja alergiczna – pokrzywka (1/100 przetoczeń), gorączka (1/300 przetoczeń), cięższe powikłania (ostre poprzetoczeniowe uszkodzenie płuc 1/5000, ostra reakcja hemolityczna 1/6000-20 000, anafilaksja 1/20 000-50 000). Ryzyko zakażenia bakteriami jest bardzo niskie – 1/500 000 przetoczeń, wirusami zapalenia wątroby typu B – 1/200 000, typu C – 1/2 000 000, HIV – 1/3 000 000.

6. Konsekwencjach zaniechania leczenia / diagnostyki.

Brak leczenia przy wskazaniach ustalonych przez lekarza może skutkować wydłużeniem czasu powrotu do zdrowia, pogorszeniem stanu ogólnego Pacjenta ze zgonem włącznie, odstąpieniem personelu medycznego od wykonania zaplanowanego leczenia np. operacji.

7. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu / badania.

a) brak zgody pacjenta – w przypadku dzieci zgodę daje rodzic/opiekun prawny;
b) koncentraty krwinek płytkowych – wystąpienie wcześniej plamicy małopłytkowej zakrzepowej, immunizacyjnej plamicy małopłytkowej, małopłytkowości zależnej od heparyny, potransfuzyjnej skazie małopłytkowej;
c) osocze – u chorych z nietolerancją osocza i potwierdzonym niedoborem IgA;
d) roztwory albumin – wywiad w kierunku poprzetoczeniowej reakcji alergicznej.

Jeśli podczas poprzedniego przetoczenia wystąpiły u Pani/a jakiekolwiek niepokojące objawy lub powikłania proszę koniecznie o tym poinformować personel medyczny.

8. Informacje dotyczące funkcjonowania placówki wykonującej świadczenie medyczne

Zabieg będzie przeprowadzany przez zespół operacyjny, w skład którego mogą wchodzić rezydenci oraz stażyści. Rezydenci oraz stażyści mogą wykonywać całość lub część zabiegu pod nadzorem lekarza odpowiedzialnego za przeprowadzenie operacji lub obserwować przebieg zabiegu. W trakcie zabiegu mogą być obecni na sali operacyjnej studenci kierunku lekarskiego.

Zabieg operacyjny jest nagrywany. Nagranie stanowi część dokumentacji medycznej. Nagranie może zostać wykorzystane do celów naukowych i dydaktycznych (bez ujawnienia tożsamości pacjenta)za zgodą pacjenta oraz Kierownika Podmiotu Leczniczego.

9. Uwagi dotyczące leczonego pacjenta / planowane odstępstwa:

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że przed rozpoczęciem zabiegu udzieliłam(em) pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego, nie zataiłem/łam istotnych informacji odnośnie:

☐ mojego stanu zdrowia, przyjmowanych leków, przebytych zabiegów, istnienia/braku ciąży, występowaniu/braku alergii, przebytych chorób.

Imię i nazwisko:		PESEL:		Nr ks. gł.:	

Informacja przekazana mi przez lekarza była rzetelna, wyczerpująca i jest dla mnie w pełni jasna oraz zrozumiała:

☐ w trakcie rozmowy z lekarzem miałam(em) nieograniczoną możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego zabiegu i uzyskałam wyczerpujące odpowiedzi,

☐ jednocześnie wyrażam zgodę na ewentualne zmiany lub rozszerzenia zabiegu, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania w/w zabiegu i upoważniam lekarzy do wykonywania czynności, które uznają za stosowne dla ratowania mojego zdrowia i życia w sytuacjach tego wymagających,

☐ zdaję sobie sprawę z tego, że mogą wystąpić inne, niespodziewane zagrożenia lub powikłania wynikające z indywidualnych cech ludzkiego organizmu, rozumiem, że wymienione w powyższej informacji powikłania nie są wszystkimi możliwymi, z którymi mogę się zetknąć w trakcie leczenia/ zabiegu,

☐ ponadto oświadczam, iż przyjęłam/ąłem do wiadomości wszelkie zalecenia dotyczące postępowania przed i po wykonaniu zabiegu/operacji, rozumiem że ich nieprzestrzeganie może w istotny sposób wpłynąć na ostateczny efekt zabiegu/operacji, a o wszystkich powikłaniach powinienem poinformować lekarza,

☐ wyrażam zgodę na filmowanie, fotografowanie i nagrywanie zabiegu z widocznymi elementami mojego ciała oraz ewentualne wykorzystanie dla celów naukowych / dydaktycznych (bez ujawniania moich danych)

☐ oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o możliwości cofnięcia zgody.

Data	*Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.*	*Podpis przedstawiciela ustawowego*

☐ **<u>Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na przeprowadzenie proponowanej operacji</u>**

Data	*Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.*	*Podpis przedstawiciela ustawowego*

Data	*Podpis i numer PWZ lekarza*

Imię i nazwisko:		PESEL:		Nr ks. gł.:	

Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia ☐ NIE WYRAŻAM ZGODY / ☐ COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ* na przeprowadzenie proponowanej operacji

Data	*Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.*	*Podpis przedstawiciela ustawowego*

Data	*Podpis i numer PWZ lekarza*

** zaznacz właściwe*
*** pacjent po ukończeniu 16 r.ż. – zgoda podwójna (pacjenta i przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)*

☐ Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu:

Data	*Podpis lekarza*	*Podpis świadka*