



**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\_F6**

**ZGODA NA BADANIE DIAGNOSTYCZNE/POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE**  
**TRANSFUZJA WYMIENNA**

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Zostałem(am) wyczerpująco poinformowana (y) o:

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

Hiperbilirubinemia nie poddającą się leczeniu intensywną fototerapią. Noworodek z konfliktu serologicznego w układzie RH (u matki p/ciała anty Rh).

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

Zabieg polega na naprzemiennym upuszczaniu niewielkich ilości krwi dziecka i wprowadzaniu do krwiobiegu tych samych ilości przez cewnik krwi świeżej lub konserwowanej. Najdogodniejszą drogą do wymiennego przetoczenia krwi u noworodka jest droga przez żyłę pępowinową. Zbieg ten ma na celu uzupełnienie niedoborów czerwonych krwinek i obniżenie zbyt wysokiego poziomu bilirubiny = ratowanie życia.

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

Obniżenie zbyt wysokiego poziomu bilirubiny. Zapobieganie długotrwałej anemizacji.

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

Przed zabiegiem, w trakcie i po noworodek jest karmiony dożylnie. Sam zabieg jest jałową procedurą wykonywaną w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka, po założeniu cewnika do żyły / tętnicy/ pępowinowej.

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

- bezdech,
- zwolnienie akcji serca,
- małopłytkowość, niedokrwistość, policytomia,

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr ks. gt.:

- zakażenie, zaburzenia krzepnięcia krwi, krwawienie,
- zator /powietrzny, zakrzep/,
- odwodnienie, przewodnienie,
- zaburzenia równowagi gazowej i jonowe,
- nietolerancja pokarmu, martwicze zapalenie jelit, perforacja jelit,
- zaburzenia termoregulacji.

#### 6. Konsekwencjach zaniechania leczenia.

Stan zagrożenia życia, uszkodzenie centralnego układu nerwowego.

#### 7. Alternatywnych metodach leczenia.

Brak

#### 8. Przeciwwskazaniach do wykonania zabiegu.

Zabieg ratujący życie.

#### 9. Uwagi:

## OŚWIADCZENIE PACJENTA

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

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

**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 przyjąłam/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,

Imię i nazwisko:  PESEL:  Nr ks. gt.:

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

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia WYRAŻAM DOBROWOLNIE ŚWIADOMĄ ZGODĘ na cewnikowanie żyły pępkowej**

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

**Po zapoznaniu się z treścią informacji i oświadczenia  NIE WYRAŻAM ZGODY /  COFAM UPRZEDNIO WYRAŻONĄ ZGODĘ\* na cewnikowanie żyły pępkowej**

<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta powyżej 16 r.ż.</i>	<i>Podpis przedstawiciela ustawowego</i>

<i>Data</i>	<i>Podpis i numer PWZ lekarza</i>

\* 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:

--

<i>Data</i>	<i>Podpis lekarza</i>	<i>Podpis świadka</i>