

טופס הסכמה: עירוי דם ומוצרי

עירוי דם או חלק ממרכיביו כמו תרכיז תאים אדומים, פלזמה טריה, תרכיז טסיות דם, אלבומין, אימונוגלובולינים וקריופרציפיטט ניתנים לחולה הזקוק לכך בעירוי לוריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב חסר דם או באחד ממרכיביו. הדם ו/או מוצרי המיועדים לעירוי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנוהלי משרד הבריאות. כמו כן נבדקת התאמת העירוי לגוף החולה המקבל. עם זאת קיים סיכון קטן ביותר (פחות מאחד לאלף) לאי התאמה מלאה בין הדם ו/או מוצריו וגוף החולה וכתוצאה מכך עלולה להתרחש תגובה המתבטאת בחום, פריחה או צמרמורת. בתגובות אלו ניתן לטפל בהצלחה. לעיתים נדירות מתרחשת תגובה המוליטית אשר עלולה להיות קטלנית. כמו כן, למרות העובדה שהכנת הדם ובדיקתו בבנק הדם מתבצעת בשיטות העדכניות ביותר לאיתור וירוסים קיים סיכוי קטן לכך שהדם ו/או מוצריו יכילו נגיף העלול לחדור לגוף החולה מבלי שיזוהה כזיהום במהלך תקופה של חודשים או שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית בדרך זו והסיכוי להדבקות בנגיף הכשל החיסוני (HIV, איידס) קיימים אך נדירים. עם זאת, הסיכון שלא לקבל דם ו/או מוצריו בזמן ניתוח או טיפול רפואי עולה בהרבה על הסיכון בקבלת הדם ו/או מוצריו.

שם המטופל:

שם המשפחה	שם פרטי	שם האב	תאריך לידה
ת.ז.	כתובת	טלפון	
אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקבלתי הסבר מפורט בע"פ מד"ר			
שם הרופא	חתימה	מס' רשיון	

על צורך במתן דם ו/או מוצריו לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכויים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מתהליכים אלו. הוסבר לי הצורך לדווח לצוות הרפואי אם מופיעים סימנים חריגים כלשהם תוך כדי מתן העירוי ומהם סימנים אלו. כמו כן ניתנה לי האפשרות לשאול שאלות על מתן הדם ו/או מוצריו.

עירוי דם ו/או מוצריו באשפוז ובמלר"ד*; הנני מסכים/ה לקבלת עירוי דם ו/או מוצריו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לעירוי דם ו/או מוצריו עד תום האשפוז הנוכחי, במידה והדבר יידרש לטיפול בי. אני יודע/ת ומסכים/ה, כי מתן עירוי הדם ו/או מוצריו יעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של בית החולים ובכפוף לחוק.

עירוי דם ו/או מוצריו במרפאה*; הנני מסכים/ה לקבלת עירוי דם ו/או מוצריו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לעירוי דם ו/או מוצריו נוספים במשך שנה מתאריך החתימה הנוכחית, במידה והדבר יידרש לטיפול בי. אני יודע/ת ומסכים/ה, כי מתן עירוי הדם ו/או מוצריו יעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של שירותי בריאות הכללית ובכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימה
במקרים של פסול דין/ קטין/ חולה נפש או ע"פ דין		
שם האפוטרופוס (קרבה)		חתימה

אני מאשר/ת שהסברתי בע"פ לחולה ו/או לאפוטרופוסו של החולה את כל האמור לעיל בפירוט הנדרש וכי הוא/היא חתם/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי שהבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא	חתימה	מס' רשיון
----------	-------	-----------

* מחק/י את המיותר