

מדבקת מטופל

טופס הסכמה: קבלת עירווי דם או מרכיביו

עירווי דם או חלק ממרכיביו כגון תרכיז תאים אדומים, פלזמה טרייה, תרכיז טסיות דם, אלבומין, אימונוגלובולינים וקריופּרזיפּיטט ניתנים למטופל הזקוק לכך בעירווי לוריד, בעת ניתוח או טיפול רפואי אחר, עקב חסר דם או אחד ממרכיביו.

הדם ו/או מרכיביו המיועדים לעירווי נאספים ונבדקים בקפדנות בהתאם לנוהלי משרד הבריאות. כמו כן נבדקת התאמת העירווי לגוף המטופל המקבל.

עם זאת קיים סיכון קטן ביותר לאי התאמה בין הדם ו/או מרכיביו וגוף המטופל 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 מרכיביו יכילו וירוס העלול לחדור לגוף המטופל מבלי שיזוהה כזיהום במהלך תקופה של חודשים או שנים. הסיכון להדבק בצהבת נגיפית (ויראלית) בדרך זו והסיכוי להידבק בנגיף הכשל החיסוני - קיימים אך נדירים.

עם זאת, הסיכון שלא לקבל דם ו/או מרכיביו בזמן ניתוח או טיפול רפואי עולה בהרבה על הסיכון בקבלת הדם ו/או מרכיביו.

שם המטופל _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ תעודת זהות _____

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת שקבלתי הסבר מפורט בע"פ _____

מד"ר / פרופ' _____

(שם משפחה) _____ (שם פרטי) _____ תאריך _____

שם הרופא _____ חתימה _____ מס' רישיון _____

על הצורך בקבלת דם ו/או מרכיביו לרבות על התוצאות המקוות, על הסיכונים הסבירים ועל דרכי הטיפול החלופיות האפשריות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלו.

הוסבר לי הצורך לדווח לצוות הרפואי אם מופיעים סימנים חריגים כלשהם תוך כדי מתן העירווי ומהם סימנים אלו. כמו כן ניתנה לי האפשרות לשאול שאלות על מתן הדם ו/או מרכיביו.

עירווי דם ו/או מרכיביו באשפוז ובמחלקה לרפואה דחופה; הנני מסכים/ה לקבלת עירווי דם ו/או מרכיביו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לקבלת עירווי דם ו/או מרכיביו עד תום האשפוז הנוכחי, במידה והדבר יידרש לטיפול בי. אני יודע/ת ומסכים/ה, כי קבלת עירווי דם ו/או מרכיביו יעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות של שירותי בריאות כללית ובכפוף לחוק.

עירווי דם ו/או מרכיביו במרפאה - שירות אמבולטורי; הנני מסכים/ה לקבלת עירווי דם ו/או מרכיביו והסכמתי זו תשמש כהסכמה לקבלת עירווי דם ו/או מרכיבים נוספים במשך _____ מתאריך החתימה הנוכחית, במידה והדבר יידרש לטיפול בי. אני יודע/ת ומסכים/ה כי קבלת עירווי דם ו/או מרכיביו יעשה ע"י מי שהדבר הוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות משרד הבריאות ובכפוף לחוק.

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

שם האפוטרופוס חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל / לאפוטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

_____ מס' רשיון

_____ שם הרופא וחתימה