

טופס הסכמה לקבלת עירוי דם או מרכיביו

Добровольное согласие на переливание крови и/или ее компонентов

Переливание крови или ее компонентов, таких как эритроциты, свежая плазма, тромбоциты, альбумин, иммуноглобулин и криопреципитат в вену, для пациентов, нуждающихся в этом во время операции или другого лечения, связанного с недостатком крови или одного из ее компонентов.

Кровь и/или ее компоненты, предназначенные для переливания, тщательно забираются и проверяются согласно нормам министерства здравоохранения. Также тщательно проверяется соответствие организма реципиента и переливаемой крови.

Вместе с тем существует совсем малый шанс несоответствия крови и/или ее компонентов и организма пациента, и в результате этого могут возникнуть осложнения, в том числе повышение температуры, сыпь и озноб. С такими осложнениями можно успешно справиться. Очень редко происходит реакция гемолиза, которая может быть смертельной.

Кроме того, несмотря на факт, что подготовка крови и ее проверка на обнаружение вирусов в банке крови проходит по самым современным методам, существует небольшой шанс, что кровь и/или ее компоненты будут содержать вирус, который может проникнуть в тело пациента, и эта инфекция не будет обнаружена на протяжении многих месяцев или лет. Есть шанс заразиться таким образом вирусным гепатитом или вирусным иммунодефицитом кошек, но он очень и очень мал.

Вместе с тем риски во время отказа от крови и/или ее компоненты во время операции или во время медицинского лечения намного выше рисков при переливании крови и/или ее компонентов.

Имя пациента

_____	_____	_____	_____
Фамилия	Имя	Отчество	Удостоверение личности

Этим я подтверждаю, что получил подробные объяснения в устной форме от д-ра/профессора _____

(Фамилия)	(Имя)	(Число)
-----------	-------	---------

(Имя врача)

(Подпись)

(номер удостоверения врача)

о необходимости переливания крови и/или его компонентов, об ожидаемых результатах, о допустимых рисках и о других возможных способах лечения в данном конкретном случае, в том числе о рисках и опасностях в каждом перечисленном способе.

Мне объяснили о необходимости сообщить медперсоналу, если у меня появятся какие-либо нестандартные симптомы во время переливания крови и каковы эти симптомы. Кроме того, мне была предоставлена возможность задать вопросы о переливании крови и/или ее компонентов.

Переливание крови и/или его компонентов во время госпитализации в отделении скорой медицинской помощи: Я соглашаюсь на переливание крови и/или ее компонентов и это мое согласие будет использовано как согласие на переливание крови и/или ее компонентов до окончания данной госпитализации, если оно мне понадобится во время лечения. Я знаю и согласен/согласна, что переливание крови и/или ее компонентов будет произведено тем, кто имеет на это право в согласии с правилами и распоряжениями больничной кассы Каллит и в соответствии с законом.

Переливание крови и/или ее компонентов в поликлинике – амбулаторное лечение: Я согласен/согласна на переливание крови и/или ее компонентов, это мое согласие будет использовано как согласие на переливание крови и/или ее компонентов на протяжении _____ со дня данной подписи, если мне потребуется такая процедура. Я знаю и согласен/согласна, что переливание крови и/или ее компонентов будет произведено тем, кто имеет на это право в согласии с правилами и распоряжениями больничной кассы Каллит и в соответствии с законом.

Краткое содержание разъяснений, полученных пациентом:



Примечания:

Примечания к соглашению, место беседы

На беседе присутствовали:

Число _____ Время _____ Подпись пациента _____

Имя законного

представителя

Подпись представителя

(в случае недееспособного, несовершеннолетнего или душевнобольного)

Я подтверждаю, что объяснил в устной форме пациенту/законному представителю пациента все вышесказанное подробно, насколько это необходимо, и что он подписал согласие в моем присутствии, после того как я убедился, что он полностью понял мои объяснения.

Имя врача

Подпись

Номер врачебного удостоверения