

MOŽNÉ PODÁNÍ TRANSFUZNÍHO PŘÍPRAVKU V PRŮBĚHU OPERACE

Pacient/ka: Naroden/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Naroden/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní,

na základě Vašeho zdravotního stavu může vzniknout (nebo již vznikla) nutnost podání transfuzního přípravku (např.: v souvislosti s operačním výkonem). Transfuzní přípravky jsou vyráběny z krve dobrovolných dárců za dodržení zákonných podmínek (výběr dárců, jejich opakované vyšetření a vyšetření každého transfuzního přípravku k omezení možnosti přenosu infekčních onemocnění). Podávána je složka krve, kterou pacient nezbytně potřebuje:

1. červené krvinky (erytrocyty) – nutnost substituce (náhrady) u chudokrevnosti (anémie) a krevních ztrát, kdy je nedostatečný přenos kyslíku do tkání a orgánů
2. krevní destičky (trombocyty) – nutnost substituce (náhrady) u stavů s nedostatkem nebo poruchou funkce vlastních destiček, k léčbě a prevenci (předcházení) krvácení
3. plazma – u poruch srážení krve

Způsob podání transfuzního přípravku

Transfuzní přípravky se podávají do žíly přes periferní žilní katétr nebo přes centrální žilní katétr či jiný trvalý přístup do žilního systému zavedený v rámci probíhající léčby. Vlastní transfuze trvá desítky minut až několik hodin, v závislosti na typu podávaného transfuzního přípravku a na zdravotním stavu příjemce.

Rizika a možné komplikace výkonu

Protože se jedná o podání pro Vaše tělo cizorodých krvinek, bílkovin a dalších složek včetně protisrážlivých a konzervačních roztoků, nelze vyloučit riziko potransfúzní reakce či komplikace (riziko 0 – 2 %). Nejčastěji se vyskytuje reakce alergická (obvykle ve formě kožní vyrážky) nebo febrilní (zvýšená teplota nebo horečka). Mezi vzácnější reakce patří hemolytická reakce (převážně při záměně krevního vzorku či transfuzního přípravku), těžká alergická reakce, těžká plicní reakce s dechovými obtížemi, tvorba protilátek proti krevním znakům dárce, snížení počtu destiček po transfuzi s krvácivými projevy, přenos infekčních chorob (virů, bakterií, prionů), přetížení krevního oběhu (pacienti s nemocemi srdce a ledvin), přetížení železem (u často opakovaných transfuzí), podchlazení, vzduchová embolie (u přetlakových transfuzí), ovlivnění hladiny vápníku a draslíku v krvi pacienta.

Po celou dobu transfuze je pro Vás dostupná sestra i lékař, aby zajistili její správný průběh. V případě rozvoje jakýchkoliv zdravotních obtíží během transfuze či po jejím skončení zdravotnický personál neprodleně informuje.

Transfuze neléčí příčinu onemocnění, ale bez jejího podání by mohlo dojít k poškození zdraví či smrti pacienta. Pacient má právo transfuzi odmítnout a svobodně se rozhodnout o dalším postupu při poskytování zdravotní péče.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukována, publikována a šířena žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру на vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- ☐ Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- ☐ Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

.....
ZOK

.....
podpis



Pacient/ka:

Rodné číslo:

V Plzni dne: v hodin
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

☐ kývnutím hlavy ☐ gestem: ☐ očima ☐ jinak:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresu a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresu a datum narození)