

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Léčba transfuzními přípravky (krevní transfuze)

#### **Vážená paní, vážený pane,**

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikována léčba transfuzními přípravky (červené krvinky, plazma, krevní destičky, bílé krvinky) nebo-li krevní transfuze.

#### **Co je krevní transfuze:**

Krevní transfuze je moderní léčebná metoda, kterou jsou nemocnému podány chybějící složky krve.

#### **Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Krevní transfuze je přísně indikována lékařem k léčbě stavu, kterému nelze předejít nebo ho efektivně léčit jinými prostředky. Krevní transfuze Vám tedy může zachránit život a zlepšit Váš zdravotní stav.

Existují alternativy krevní transfuze, které jsou však účinné jen za určitých okolností. Červené krvinky může „nahradit“ podávání přípravků podporujících vlastní krevtvorbu pacienta (účinek se dostaví až za několik dnů); krevní plazmu mohou nahradit krevní deriváty vyrobené z lidské plazmy; chybějící krevní destičky nejsou plně nahraditelné.

#### **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Krevní transfuze nevyžaduje Vaši speciální přípravu nebo změnu Vašeho režimu, pouze Vám bude před transfuzí odebrán vzorek krve pro předtransfuzní vyšetření.

#### **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Transfuzní přípravek Vám bude podán nitrožilně pomocí transfuzního setu s filtrem. Aplikaci transfuze Vám provede sestra pod odborným dohledem lékaře. Bezprostředně před transfuzí provede lékař soubor bezpečnostních opatření - kontrola Vaší identity, transfuzního přípravku, dokumentace a ověření Vaší krevní skupiny a daného transfuzního přípravku. Transfuze bude zahájena opatrně převodem několika mililitrů přípravku, aby se zjistila tolerance Vašeho organismu na transfuzní přípravek. V průběhu transfuze budete sledován sestrou, které budete včas hlásit jakékoliv subjektivní potíže. V případě výskytu nežádoucí reakce bude transfuze okamžitě přerušena a lékař rozhodne o dalším postupu a provede příslušná léčebná opatření.

#### **Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Krevní transfuze je většinou bezpečný a účinný výkon, který je zajištěn výrobou kvalitních transfuzních přípravků, správnou indikací transfuze a celou řadou organizačních a kontrolních opatření. Přesto může být transfuze spojena s nežádoucími vedlejšími reakcemi (např. vzestup teploty, třesavka, alergická reakce, bolesti apod.). Provádí se pečlivý výběr zdravých dárců a testování povinných infekcí u každého transfuzního přípravku (AIDS, hepatitida B a C, syfilis). V souvislosti s použitím transfuzních přípravků však existuje možné riziko přenosu infekcí (zejména virových).

#### **Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Úspěšně provedená krevní transfuze nemá vliv na Váš režim.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Plánovaný výkon:**

<b>Léčba transfuzními přípravky (krevní transfuze)</b>
--

Vysvětlující pohovor provedl:

--

razítko a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím, aby byly tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne: .....

-----  
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,  
opatrovníka