

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S PODÁNÍM TRANSFÚZE NEBO KREVNÍCH DERIVÁTŮ

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Léčebný, život zachraňující.

Vážená paní,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil **PODÁNÍ TRANSFÚZE NEBO KREVNÍHO DERIVÁTU**.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného výkonu je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu:

Jedná se o nitrožilní podání krve a/nebo jejích složek (červené krvinky, krevní destičky, krevní plazma) získaných od zdravých dárců, nebo o podání krevních derivátů (léčivé přípravky průmyslově vyráběné z lidské krve, např. srážecí faktory).

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Hlavním účelem je doplnění chybějících krevních složek v organismu, a to nejčastěji v důsledku krevních ztrát (po úrazu, při operaci, při krvácení z nádoru), při poruše krvetvorby (např. v důsledku jiných nemocí či z nedostatku stavebních prvků), nebo při poruchách krevního srážení. Předpokládaným prospěchem je zlepšení přenosu kyslíku do tkání, obnova objemu krve v krevním řečišti pro dostatečný rozvod živin, zástava krvácení a celková stabilizace životních funkcí organismu.

Průběh výkonu:

Před podáním transfúzního přípravku obsahujícího červené krvinky Vám bude odebrán vzorek krve pro určení krevní skupiny a provedení tzv. křížové zkoušky, aby se zajistila shoda (kompatibilita) s krví dárce. Těsně před podáním provádí lékař a sestra ještě orientační kontrolní zkoušku krevní skupiny. Přípravek je aplikován do žíly (nejčastěji na paži) podobně jako infuze. Během podávání a po něm Vás bude zdravotnický personál pečlivě sledovat (měření tělesné teploty, krevního tlaku a pulzu).

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Dárcovská krev je pečlivě vyšetřována na přítomnost infekčních onemocnění (žloutenka typu B a C, HIV, syfilis a další), riziko jejich přenosu je tak v dnešní době minimální, zcela vyloučit je však nelze. Mezi nejčastější nežádoucí reakce patří mírné alergické reakce (vyrážka, svědění, zarudnutí kůže), vzestup tělesné teploty, třesavka nebo bolest hlavy. Vzácnými, ale závažnými komplikacemi mohou být těžká alergická reakce (otok jazyka, otok hrdla, otok dýchacích cest, mdloby, anafylaktický šok), potransfúzní hemolytická reakce (rozpad červených krvinek při skryté protilátkové neshodě krve dárce a příjemce, projevující se často intenzivní bolestí v zádech v bederní oblasti, bušením srdce, dušností, úzkostí), poškození plic nebo oběhové přetížení srdce (projevující se dušností, slabostí, mdlobami).

Alternativy výkonu:

U plánovaných operačních výkonů může být předem domluvenou alternativou autotransfúze (podání vlastní, předem odebrané krve). Při akutní ztrátě krve lze dočasně použít náhradní infuzní roztoky, ty ovšem neumí přenášet kyslík ani zajistit srážlivost. Při život ohrožujícím nedostatku krevních složek proto neexistuje plnohodnotná alternativa a podání transfúze či krevního derivátu je nezbytné pro záchranu života.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Samotné podání krve obvykle nepřináší zásadní omezení mimo dobu podávání a krátkou dobu po ní. Omezení v běžném životě a pracovní schopnosti vyplývají zejména ze základního onemocnění, pro které Vám byla transfúze podána.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Pacient po výkonu dodržuje léčebný režim určený ošetřujícím lékařem. Následná péče obvykle zahrnuje kontrolní odběry krve (krevní obraz, srážlivost) pro ověření dostatečných hladin krevních složek a/nebo srážlivosti.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne: **Jmenovka a podpis lékaře:**

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):**

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: