

## (wejdzie w skład dokumentacji) Imię, nazwisko Data urodzenia: pacjenta: Lekarz odpowiedzialny za pouczenie pacjenta: Miejsce pracy/ oddział: **LECZENIE ŚRODKAMI TRANSFUZYJNYMI** Pouczenie pacjenta dotyczące zabiegu: Na podstawie pana(i) aktualnego stanu zdrowia lekarz proponuje leczenie Cel przeprowadzenia niżej uwzględnionymi środkami transfuzji, które są przygotowane z krwi zabiegu (indykacja): człowieka: □ koncentrat czerwonych ciałek krwi □ świeżo zmrożona plazma □ koncentrat płytek krwi inny preparat ..... Preparat do transfuzji podaje się formą infuzji dożylnej. W wypadku podania czerwonych krwinek konieczne jest z powodu bezpieczeństwa Przygotowanie do zabiegu: badanie krwi dla stwierdzenia łączliwości krwi odbiorcy z krwią darczyńcy z próbki krwi pacjenta, tak zwany test krzyżowy. Dlatego potrzebne jest pobranie małej próbki krwi dla przeprowadzenia testu. Przed i po zastosowaniu transfuzji będzie mierzone ciśnienie, puls i temperatura ciała. Przebieg zabiegu: Transfuzja rozpoczyna się przelewem kilku milimetrów preparatu z następującą krótką przerwą, tzw. próba biologiczna. Jeśli nie dojdzie do żadnych niepożądanych reakcji infuzji z środkiem transfuzji, będzie kontynuowana. W wypadku pojawienia sie jakichkolwiek subiektywnych dolegliwości trzeba od razu zawiadomić personel. W wypadku, że pojawia się niepożądane reakcje, transfuzja zostanie w tej chwili przerwana a lekarz zadecyduje jak postępować dalej. Absolutny brak ryzyka i komplikacji nie można nigdy całkowicie wykluczyć. Pomimo wszystkich kontrolnych zarządzeń mogą nastać Możliwe komplikacje niepożądane potransfuzyjne reakcje. Komplikacje takie są jednak bardzo (ograniczenia): rzadkie. Możliwe komplikacje: - zbyt wczesna lub późna reakcja hemolityczna (rozpad darowanych

i tkanek).

- komplikacje infekcyjne

czerwonych krwinek w ciele odbiorcy z możliwym uszkodzeniem organów

- alergiczna reakcja, najczęściej w formie wysypki stopniowo aż do formy

- niehemolityczna reakcja gorączkowa (podniesienie temperatury),

niedociśnienie spowodowane bradykininą (obniżenie ciśnienia krwi),
trombocytopenia i koagulopatia (obniżenie ilości płytek krwi czy zaburzenia w krzepliwości krwi w następstwie wielkiej ilości transfuzji),

anafilaktycznej reakcji, prowadzącej do stanu szoku,
- ostre uszkodzenie płuc łączące się z transfuzją,
- niewydolność serca spowodowana transfuzją,

ZGODA PACJENTA NA ZABIEG PO UZYSKANIU INFORMACJI

| Komplikacje i ograniczenia<br>– ciąg dalszy           | Pomimo starannego wyboru darczyńców i ich przebadania przy każdym odbiorze krwi (HIV 1,2, wirus zapalenia wątroby B,C, syfilis) nie można całkowicie wykluczyć ryzyka przeniesienia infekcji krwią. We wczesnym stadium choroby nie zawsze testy laboratoryjne wykażą infekcję u darczyńcy przy darowaniu krwi. W wypadku preparatów o krótkiej trwałości (czerwone ciałka krwi i płytki krwi) nie można darczyńcę testować ponownie przed upłynięciem czasu przydatności preparatu. Drugie testowanie przeprowadza się przy użyciu plazmy i to po pół roku od odbioru krwi.  |
|---|---|
| Możliwe alternatywy:                                  | Jedyną alternatywą preparatu do transfuzji erytrocytów jest użycie lekarstwa erytropoetiny lub innego erytropoezu stymulującego proteinę, które ma jednak uczynek tylko w wypadku anemii. Podania plazmy lub płytek krwi nie można innym sposobem zastąpić.   |
| Zgoda pacjenta z<br>wykonaniem zabiegu<br>medycznego: | Ja, pacjent (pełnomocnik ustawowy) oświadczam, że zostałem(am) jasną, dla mnie zrozumiałą formą poinformowany(a) o przebiegu leczenia. Oświadczam, że wszystkie informacje są dla mnie jasne i zrozumiałe, jestem zaznajomiony(a) z przebiegiem i komplikacjami związanymi z zabiegiem. Umożliwiono mi też kłaść pytania i prowadzić dyskusję z lekarzem na temat tej problematyki.  Wyrażam zgodę na zastosowanie środków transfuzji.  Równocześnie oświadczam, że w wypadku nieoczekiwanych komplikacji, wymagających bezzwłocznego wykonania kolejnych zabiegów koniecznych dla ratowania mojego życia lub zdrowia, zgadzam się z tym, |
|   | aby przeprowadzono następne, potrzebne i nie dające się odłożyć zabiegi, konieczne do ratowania mojego życia lub zdrowia.   |
| Data:   |   |
| Podpis pacjenta<br>(pełnomocnika<br>ustawowego):      |   |
| Podpis lekarza:                                       |   |