

## ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОЦЕДУРУ

(стає складовою частиною документації)

Ім'я, прізвище пацієнта:		Дата народження:
Лікар, що відповідає за інформування пацієнта:		
Кабінет/відділення:		

<b>Інформація для пацієнта щодо процедури:</b>	<b>Лікування трансфузійними препаратами</b>
Мета проведення процедури /показання/:	<p>Виходячи з поточного стану Вашого здоров'я, лікар запропонував лікування наведеними нижче трансфузійними препаратами, які виготовляються з крові людини:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ концентрат еритроцитів, т. зв. еритроцитарна маса</li> <li>▪ свіжозаморожена плазма</li> <li>▪ тромбоцитарний концентрат</li> <li>▪ інший препарат .....</li> </ul>
Підготовка до процедури:	<p>Трансфузійний препарат вводять у вигляді внутрішньовенного вливання. Якщо вводять еритроцити, з метою безпеки треба провести тест на сумісність крові реципієнта і донора із зразком крові пацієнта, так званий перехресний тест. Тому перед введенням препарату у Вас буде взято невеликий зразок крові для проведення тесту. До і після введення трансфузійного препарату буде виміряно Ваш артеріальний тиск, пульс і температура тіла.</p>
Проведення процедури:	<p>Трансфузію починають із введення декількох мілілітрів препарату з подальшою короткою перервою – т. зв. біопроба. Якщо немає жодних побічних реакцій на введення трансфузійного препарату, процедуру продовжують. У разі виникнення будь-яких неприємних відчуттів негайно повідомте про це медичний персонал. У разі виникнення побічної реакції введення трансфузійного препарату негайно припиняють, і лікар вирішує про подальші дії.</p>
Можливі ускладнення /обмеження/:	<p>Абсолютну відсутність ризиків та ускладнень гарантувати неможливо. Попри всі заходи контролю можуть виникати небажані посттрансфузійні реакції. Однак ці ускладнення трапляються відносно рідко.</p> <p>Можливі ускладнення:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- рання та пізня гемолітична реакція (розпад еритроцитів донора в організмі реципієнта з можливим ураженням органів і тканин),</li> <li>- гарячкова негемолітична реакція (підвищення температури),</li> <li>- алергічна реакція – найчастіше від висипу до її загостреної форми у вигляді анафілаксії, що може призвести до шокowego стану,</li> <li>- гостре ураження легенів, пов'язане з трансфузією,</li> <li>- серцева недостатність, спричинена трансфузією,</li> <li>- брадикаїніова гіпотензія (зниження артеріального тиску),</li> <li>- дилуційна тромбоцитопенія та коагулопатія (зменшення кількості</li> </ul>

**Інформована згода пацієнта на процедуру: ЛІКУВАННЯ ТРАНСФУЗІЙНИМИ ПРЕПАРАТАМИ**

сторінка 2

	тромбоцитів або порушення зсідання крові через велику кількість трансфузій), - інфекційні ускладнення.
<p><i>Ускладнення та обмеження – продовження</i></p> <p><i>Можливі альтернативи:</i></p>	<p>Незважаючи на ретельний відбір донорів та їх тестування перед кожною донацією крові (ВІЛ-1, ВІЛ-2, вірус гепатиту В,С, сифіліс), ризик передачі інфекцій через кров неможливо повністю виключити. На дуже ранніх стадіях захворювання донор інфекція може бути не виявлена за результатами лабораторних досліджень перед донацією крові. У разі препаратів з коротким строком зберігання (еритроцити і тромбоцити) донора неможливо протестувати вдруге до закінчення строку придатності продукту. Друге тестування проводять у препаратів плазми через шість місяців після забору.</p> <p>Єдиною альтернативою переливанню еритроцитів є введення препарату еритропоєтину або іншого білка, що стимулює еритропоез, але це є ефективним лише в деяких випадках анемії. Введення плазми або тромбоцитів не можна замінити іншим способом.</p>
<p><i>Згода пацієнта на проведення медичної процедури:</i></p>	<p>Я, пацієнт (законний представник), заявляю, що був (-ла) в чіткій і зрозумілій для мене формі поінформований (-а) про медичну процедуру. Заявляю, що я добре зрозумів (-ла) всю інформацію, ознайомлений (-а) з процедурою та ускладненнями процедури. Мені також була надана можливість поставити запитання та обговорити з лікарем цю проблематику.</p> <p><b>Даю згоду на введення трансфузійного препарату.</b></p> <p>Заявляю також на випадок несподіваних ускладнень, які потребують термінових подальших втручань для рятування мого життя або здоров'я, що даю згоду на проведення подальших термінових процедур, потрібних для рятування мого життя або здоров'я.</p>
<i>Дата:</i>	
<i>Підпис пацієнта /законного представника/:</i>	
<i>Підпис лікаря:</i>	

